186

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Mars 1906, à 1 heure

Par M. Léon NOÉ

Né à Rio-de-Janeiro (Brésil), le 2 mai 1879.

DES ABCÈS APPENDICULAIRES OUVERTS DANS L'INTESTIN

Président : M. SEGOND, *Professeur.*

Juges : MM. RECLUS, *Professeur.*
PIERRE DUVAL, } *Agrégés.*
PROUST, }

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.	
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		SEGOND.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEGUEU.	RICHAUD.
BALTHAZARD	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatom.*
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GUIART.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	
CLAUDE.	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Le Secrétaire de la Faculté : BERTON.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail en témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur SEGOND

Chirurgien de l'hospice de la Salpétrière
Officier de la Légion d'honneur.

A M. Le Docteur HERBET

Chirurgien des Hôpitaux.

C'est à vous, mon cher maître, que je dois l'idée de ce travail. Permettez-moi de vous témoigner ma sincère gratitude pour les conseils judicieux que vous m'avez prodigués et l'excellent accueil que vous m'avez toujours réservé.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

Professeur de Clinique chirurgicale (Stage 1898).

M. LE DOCTEUR LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu (Externat 1899-1900).

M. LE DOCTEUR GALLIARD

Médecin de l'hôpital Lariboisière (Externat 1901-1902).

M. LE DOCTEUR LANDRIEUX

Médecin de l'hôpital Lariboisière (Externat 1902-1903).

M. LE DOCTEUR GOUGET

Médecin de l'hôpital Lariboisière (Externat 1903-1904).

M. LE DOCTEUR THIÉRY

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine (Externat 1904-1905).

M. LE DOCTEUR BAR

Médecin accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine (Stage 1905).

M. LE DOCTEUR VARIOT

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (Externat 1905-1906).

INTRODUCTION

Le mode d'évacuation des abcès appendiculaires que nous nous proposons de décrire, l'ouverture de ces abcès dans l'intestin, n'est pas un fait nouveau, ni rare. Nous l'avons observé, au cours de nos études médicales, dans les services hospitaliers de chirurgie que nous avons traversés. Dans ces derniers mois, nous avons eu l'occasion d'en rencontrer trois cas dans notre entourage. Nous le trouvons mentionné dans toutes les monographies, même les plus anciennes, parues sur l'appendicite et dans tous les articles sur le même sujet des traités classiques. A maintes reprises, des cas analogues ont été présentés devant les diverses Sociétés savantes ou publiés dans les périodiques médicaux. Il en est même déjà question dans les anciennes descriptions de la périlyphlite et des abcès de la fosse iliaque, alors que l'appendicite n'existe pas encore en tant qu'entité morbide.

D'une façon générale, on admet que l'ouverture de ces abcès peut se faire dans les différentes portions de l'intestin avec lesquelles ils se mettent en contact : l'intestin grêle, le cœcum, le côlon ascendant, et le rectum. Mais, en réalité, on ne rapporte que des cas d'ouverture dans le gros intestin : dans le cœcum et le rectum. L'ouverture rectale a surtout été signalée pendant ces dernières années et presque toujours dans des travaux concernant l'appendicite pelvienne. La plupart des auteurs pro-

clament le pronostic généralement favorable de ce mode d'évacuation de l'abcès. Certains chirurgiens, se basant sur ce fait, ont eu l'idée d'évacuer par l'incision rectale les collections pelviennes.

Nous aurons donc à étudier *l'ouverture spontanée* et *l'ouverture provoquée* des abcès appendiculaires dans l'intestin, avec cette restriction évidente, que cette dernière n'est praticable que par la voie rectale.

Ces deux processus étant trop différents pour prêter à une description commune, nous diviserons notre travail en trois parties : dans la première, nous étudierons l'ouverture spontanée ; dans la deuxième, l'ouverture provoquée ; nous conclurons, dans une troisième partie, par quelques considérations thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER

DE L'OUVERTURE SPONTANÉE DES ABCÈS APPENDICULAIRES DANS L'INTESTIN

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est *l'abcès appendiculaire par péritonite suppurée circonscrite* qui est susceptible, si on le laisse évoluer spontanément, de s'ouvrir dans l'intestin.

Quoiqu'il puisse aussi se produire sans perforation de l'appendice, par le fait de la transformation purulente d'un exsudat séro-fibrineux préformé et la simple migration microbienne à travers les parois de l'organe, cet abcès succède, en général, à la perforation d'un appendice déjà malade. Des poussées d'appendicite légères, parfois méconnues, se sont produites antérieurement ; en réagissant sur le péritoine voisin, elles ont donné lieu à la formation d'adhérences, qui ont constitué autour de l'appendice une barrière protectrice. En sorte qu'au moment où survient la perforation de l'appendice, perforation qui déverse dans le péritoine voisin le contenu septique de l'organe, le foyer d'inoculation est enkysté et il se constitue, le plus souvent, un abcès intra-péritonéal, un foyer de péritonite suppurée, localisé au voisinage de l'appendice. Dans quelques cas, la formation d'adhérences

est consécutive à la perforation : il en est ainsi lorsque celle-ci est très étroite et que la virulence des produits auxquels elle livre passage est très atténuée.

Plus rarement, la perforation se produit au cours d'une première crise d'appendicite, alors que l'appendice est, dans la cavité abdominale, libre de toute adhérence ; dans les circonstances heureuses où la péritonite généralisée n'en est pas la conséquence, des adhérences se forment à distance, qui opposent à la suppuration une barrière lointaine et délimitent ces grandes péritonites enkystées dont le pus s'accumule dans le petit bassin, les fosses iliaques et remonte souvent dans les flancs, de manière à occuper un quart, un tiers, ou même la moitié de la cavité abdominale (Jalaguier). Quelquefois, il y a plusieurs cavités purulentes plus ou moins bien isolées les unes des autres.

Les abcès appendiculaires siègent en des points très divers, en rapport avec la situation et la direction très variables de l'appendice.

Celui-ci s'insère sur la paroi interne ou postéro-interne du cœcum, à l'union de ses deux tiers supérieurs et de son tiers inférieur. Il est donc solidaire du cœcum, qui, ordinairement situé dans la fosse iliaque droite, peut au cours de sa migration rester dans la fosse lombaire droite ou descendre dans la cavité pelvienne, surtout chez l'enfant (Legueu).

De plus, l'appendice présente, par rapport au cœcum lui-même, une situation variable, ce qui a permis d'en décrire plusieurs types.

De nombreuses statistiques ont été dressées dans le

but d'établir la fréquence relative des différents types d'appendice. Nous ne les reproduirons pas ici. Mais, de l'examen que nous en avons fait, nous nous croyons autorisé à admettre que les deux types les plus communs d'appendice sont :

1° *Le type descendant*, dans lequel l'appendice dirigé en bas et en dedans pend dans la fosse iliaque droite et peut, suivant sa longueur, rester au dessus du détroit supérieur, l'atteindre ou le franchir pour pénétrer dans le petit bassin et se mettre en rapport avec les organes qui y sont contenus et en particulier le rectum ;

2° *Le type ascendant*, dans lequel l'appendice dirigé en dedans ou en arrière est souvent rétro-cœcal.

Moins communément, on voit l'appendice se diriger horizontalement en dedans (appendice latéral interne), croiser la face antérieure du cœcum (appendice antérieur), ou, contournant le fond du cul-de-sac cœcal, aller se mettre en rapport avec la paroi externe du cœcum (appendice latéral externe).

A ces différents types d'appendice correspondent *diverses variétés d'abcès.*

L'abcès ilio-inguinal constitue la variété la plus commune. Situé derrière la paroi abdominale, un peu au-dessus du pli de l'aine, à la partie inférieure de la fosse iliaque, au-devant ou plutôt au-dessous du cœcum, il a tendance, si on le laisse évoluer spontanément, à s'ouvrir au niveau de la paroi abdominale.

L'abcès pelvien est fréquent. Il se développe dans le pelvis, autour d'un appendice plongeant dans le bassin, et siège dans le cul-de-sac de Douglas. Limité en arrière par le rectum, en avant par la vessie chez l'homme ou le

vagin chez la femme, il est séparé du reste de l'abdomen, en haut, par un toit d'adhérences qui passe au-dessus du bassin. Les anses intestinales accolées forment un dôme au-dessus de la collection ; l'intestin grêle, l'anse sigmoïde ou portion mobile du côlon pelvien et la partie correspondante du mésocôlon pelvien prennent part à la constitution de ce dôme. Telle est du moins la description de l'*abcès pelvien inférieur*, de celui qui siège franchement dans le petit bassin. La collection n'est pas toujours aussi bas située. Il arrive que l'abcès soit placé immédiatement au-dessous du détroit supérieur : il est dit alors *pelvien supérieur* (Broca). Mais il n'y reste pas localisé et, quelques jours plus tard, si la collection n'entre pas en résolution, elle remonte vers l'arcade crurale et devient iliaque, ou descend vers le Douglas et devient franchement pelvienne. C'est l'abcès pelvien qui, presque toujours, s'ouvre dans le rectum ; on conçoit qu'il puisse aussi s'ouvrir dans le côlon pelvien.

L'abcès rétro-cœcal, fréquent lui aussi, limité en avant par le cœcum et le côlon ascendant, en arrière par la paroi abdominale, peut s'ouvrir dans le cœcum, le côlon ascendant, la portion terminale de l'intestin grêle et même descendre dans le bassin et s'évacuer par le rectum.

L'abcès hypogastrique ou sous-ombilical est, tantôt superficiel, s'avançant derrière la paroi abdominale vers l'ombilic, tantôt, et plus souvent, profond, situé en dedans du cœcum, au milieu des anses intestinales : c'est l'abcès méso-cœliaque, qui peut fuser dans le bassin et s'y ouvrir.

D'autres formes anormales ont été signalées : on a

observé des abcès développés dans l'hypochondre droit, dans la fosse iliaque et l'hypochondre gauches.

S'il est assez fréquent de voir l'une ou l'autre de ces localisations de l'abcès appendiculaire exister isolément, il n'est pas rare non plus de constater simultanément plusieurs d'entre elles. Autour de l'appendice, plusieurs abcès peuvent se former ensemble ou successivement par contiguité. Si les cloisons qui les séparent se détruisent, ils se réunissent en une masse unique volumineuse. Des abcès peuvent même se former à distance.

On a souvent noté la coexistence d'un abcès pelvien et d'un abcès péri-appendiculaire iliaque (*abcès ilio-pelvien*). Les deux abcès peuvent être complètement séparés ou seulement en communication par un orifice étroit. Par contre, la communication peut être complète et on peut se trouver en présence de volumineux abcès occupant à la fois la fosse iliaque et le petit bassin ou d'autres parties de la cavité abdominale.

Le volume de l'abcès appendiculaire est très variable. Parfois, il ne renferme que quelques gouttes de pus ; il peut, au contraire, contenir plus d'un litre de liquide. Nous n'aurons en vue que les collections d'un certain volume, les seules capables, lorsqu'elles s'ouvrent dans l'intestin, de se manifester cliniquement par la présence de pus décelable dans les selles.

La paroi de la collection est constituée par les organes et les régions de la cavité abdominale qui la délimitent et que nous avons déjà énumérés en décrivant chaque variété d'abcès. Elle est encadrée par des adhérences

dont la résistance dépend de l'ancienneté de l'affection : molles, si elles sont récentes, elles sont plus denses et plus solides dans les cas anciens.

Le contenu de la poche est un liquide séro-purulent ou plus souvent purulent, qui exhale une odeur fécale caractéristique. Parfois franchement stercoral, il est mélangé de matières liquides ou demi-solides (Jalaguier). Rarement on y rencontre des corps étrangers, calculs stercoraux ou corps étrangers proprement dits, qui ont émigré de l'appendice à travers une perforation.

L'appendice appendu au cœcum est quelquefois libre au milieu du pus. Plus souvent, il est accolé à l'une des parois, caché au milieu des néo-membranes. D'autres fois, il a disparu et n'est plus représenté que par des lambeaux sphacélés méconnaissables, mélangés au pus, provenant de la gangrène de ses parois. On peut enfin le trouver spontanément amputé, en totalité ou en partie.

Le contact du pus avec la paroi intestinale amène le ramollissement et l'amincissement progressifs de cette paroi jusqu'à sa perforation ; celle-ci se produit par conséquent de dehors en dedans. C'est ce que l'on a signalé dans l'observation VII, où on a surpris la perforation cœcale au moment où elle allait se produire.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur *le lieu d'élection de l'ouverture des abcès appendiculaires dans l'intestin.* Jalaguier mentionne l'ouverture possible dans le cœcum, le côlon, l'intestin grêle, le rectum. Pour Brun, elle est fréquente dans le cœcum, plus rare dans le rectum. D'après Monod et Vanverts, elle se produit

ordinairement au niveau d'une anse grêle, parfois dans le cœcum, assez fréquemment dans le rectum. Pour Broca, elle se fait en général dans le rectum.

Bull, sur 17 cas d'abcès ouverts dans l'intestin, trouve 15 ouvertures cœcales et 2 rectales. Paulier trouve la même proportion d'abcès évacués par le cœcum, ainsi que Villaret qui, sur 19 cas, a 17 ouvertures cœcales et 2 rectales.

Nous ne croyons pas que la disproportion soit si grande entre le nombre des abcès ouverts dans le cœcum et celui des abcès ouverts dans le rectum. D'après les statistiques précédentes, il y aurait une ouverture rectale pour sept ouvertures cœcales. Ce rapport de 1 à 7 nous paraît un peu élevé et il nous semble qu'il doive être réduit en faveur de l'ouverture plus fréquente dans le rectum.

Nous admettons même volontiers que l'ouverture se fait en général dans le rectum. Et voici sur quoi nous basons notre opinion :

Dans ces dernières années, on n'a guère publié que des observations d'abcès ouverts dans le rectum ; nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas un rapport entre ce fait et la connaissance plus parfaite d'une forme particulière de l'appendicite, l'appendicite pelvienne. C'est en effet dans les travaux s'occupant de cette question qu'ont paru ces observations. Dans celles-ci, il est impossible de mettre en doute l'ouverture rectale : l'existence de la collection pelvienne a toujours été constatée par le toucher rectal, qui parfois a permis de sentir l'orifice par où s'est évacué le pus.

Au contraire, un grand nombre des observations d'ouverture cœcale, que nous avons relevées, nous paraissent

prêter à la critique. Le diagnostic du siège de l'orifice, qui met en communication l'abcès avec l'intestin, n'y est basé, la plupart du temps, que sur des données cliniques. On se fonde sur la situation de l'abcès pour conclure au siège de l'ouverture intestinale et, d'un abcès de la fosse iliaque, on dit qu'il s'ouvre dans le cœcum. Le contrôle visuel de ces affirmations manque le plus souvent. L'autopsie n'est presque jamais pratiquée en pareil cas, puisque ce mode d'évacuation de l'abcès est d'un pronostic généralement favorable. Au cours d'interventions ultérieures, on ne trouve plus que des lésions cicatricielles que souvent le chirurgien néglige de rechercher. Nous avons cependant trouvé quelques observations, où des perforations cœcales ont été nettement constatées.

On conçoit que, dans ces conditions, des erreurs aient pu se produire, que tel abcès à siège iliaque, considéré comme s'étant ouvert dans le cœcum, ait pu s'ouvrir dans le côlon ascendant ou dans le segment terminal de l'intestin grêle, sans qu'il ait été possible de s'en rendre compte ; mais surtout, un prolongement pelvien de cet abcès aura pu passer inaperçu et une ouverture rectale se produire, sans qu'elle ait été soupçonnée.

On peut encore se demander si, chez la femme, des suppurations pelviennes d'origine appendiculaire, évacuées par le rectum, n'ont pas été prises à tort pour des collections salpingiennes.

Nous n'avons relevé que des cas d'ouverture rectale et cœcale. Nous n'avons pas trouvé d'observation mentionnant l'ouverture de l'abcès dans d'autres portions du gros intestin ou dans l'intestin grêle.

Les dimensions de l'*orifice, qui fait communiquer l'abcès avec l'intestin*, sont variables : la perforation peut laisser passer juste une sonde cannelée ou atteindre les dimensions d'une pièce de cinq francs (Villaret). Généralement la communication est large, sans exposer cependant au reflux des matières de l'intestin dans la cavité de l'abcès, complication qui est ordinairement évitée.

Au niveau du cœcum, cet orifice est le plus souvent situé sur sa paroi postérieure.

Au niveau du rectum, il siège, chez l'homme, sur sa paroi antérieure ou droite, toujours au-dessus de la prostate, à 8 centimètres environ de l'anus; chez la femme, l'ouverture se fait en un point à peu près symétrique, un peu au-dessus du cul-de-sac vaginal postérieur.

Ces derniers rapports expliquent que l'abcès puisse s'ouvrir simultanément dans le rectum et dans la vessie chez l'homme ou le vagin chez la femme.

Que devient l'abcès après qu'il a été évacué par l'intestin ?

En général, le pus est rejeté en totalité et la cicatrisation de l'orifice se fait rapidement. Elle se fait beaucoup plus vite quand l'ouverture s'est produite dans le rectum, à cause de sa situation au point le plus déclive. Si l'écoulement de pus persiste, une fistule s'établit entre la cavité de l'abcès et la portion de l'intestin dans laquelle il s'est ouvert. Le pus peut encore être mal évacué à travers un orifice trop étroit : il est retenu dans la cavité

de l'abcès et expose à des accidents de rétention purulente.

Les adhérences, qui constituaient la paroi de la collection, persistent presque toujours.

C'est au cours d'opérations ultérieures que l'on se rend compte de ce qu'est devenu l'appendice après l'évacuation de l'abcès.

Parfois il a disparu : entièrement détruit par gangrène de ses parois, il a été évacué avec le pus par l'intestin ; quand la gangrène est partielle, un segment seulement de l'appendice est éliminé, tandis que l'autre reste fixé au cœcum. On a signalé son évacuation en totalité. Exceptionnellement, caché au milieu des adhérences, il échappe aux recherches les plus minutieuses.

Dans la majorité des cas, on le découvre sans peine. Il semble que l'on devrait s'attendre à le trouver fortement adhérent aux parties voisines, aux parois de l'abcès, ce qui rendrait sa recherche pénible et dangereuse. Il n'en est rien : quelquefois, appendu au cœcum, il est libre dans la cavité de l'abcès ; presque toujours il est adhérent, mais ces adhérences sont faibles et l'ablation de l'organe est relativement aisée. C'est ce que nous avons constaté dans de nombreuses observations.

M. Jalaguier nous a rapporté deux cas où, intervenant à froid après évacuation de l'abcès dans l'intestin, il a trouvé facilement, dans l'un, un appendice réuni au rectum par un long tractus fibreux, dans l'autre, un long appendice, adhérent par son extrémité au rectum, en un point qui correspondait probablement à l'ouverture de l'abcès.

Dans des circonstances analogues, Barnsby (observation X) découvre un long appendice adhérent au péritoine pelvien ; la pointe communiquait avec un amas caséeux occupant le centre d'un noyau d'épiploïte enflammée.

Dans une observation de Pauchet, l'appendice est fixé par sa pointe au niveau de l'articulation sacro-vertébrale.

Dans l'observation XI, l'appendice, très volumineux et très long (15 à 16 cent.), descend dans l'excavation pelvienne, adhère par sa pointe au voisinage du fond du cul-de-sac de Douglas, en avant du rectum, et présente une cicatrice terminale.

On a encore trouvé l'appendice perforé d'un trou bouché par une adhérence épiploïque (Broca) et même porteur de lésions de folliculite en pleine évolution (Walther).

La persistance de ces lésions explique la possibilité de rechutes, malgré l'évacuation de l'abcès dans l'intestin.

Mais souvent, la guérison est la conséquence de cette évacuation. Elle est la règle lorsque l'appendice a été éliminé avec le pus. On l'observe encore lorsqu'un calcul, origine des accidents, a été rejeté avec la collection par l'intestin. Elle peut aussi se produire malgré la persistance de l'appendice dans la cavité de l'abcès, grâce à son atrophie et à l'oblitération progressive de sa cavité par une véritable sclérose interstitielle, qui l'a envahi en totalité.

ETIOLOGIE. — SYMPTOMATOLOGIE

Ce sont les abcès *abandonnés à leur évolution spontanée* que l'on voit s'ouvrir dans l'intestin.

Cette ouverture se produit grâce à un concours de circonstances attribuable, suivant les cas, au malade ou au médecin.

Ce peut être le malade qui ne consulte qu'à une période avancée de son affection ou se refuse à toute intervention chirurgicale.

Ou bien, au cours d'une appendicite méconnue, la lésion évolue à l'insu du médecin. D'autre fois, c'est un abcès traité par la temporisation qui s'ouvre dans l'intestin, pendant que l'on attendait sa résolution.

Dans ces différents cas, l'ouverture de l'abcès survient à titre d'incident, et c'est un des moins défavorables que l'on puisse observer.

Pareille chose peut encore se produire, malgré une intervention chirurgicale préalable, lorsque, au cours de l'opération, une poche purulente a passé inaperçue, une poche pelvienne le plus souvent, et qu'elle s'évacue secondairement par le rectum (observation XVI et XVII).

Cliniquement, *c'est dans le cœcum et le rectum que semblent s'ouvrir les abcès appendiculaires.*

On admet généralement que *les abcès péri-cœcaux s'ouvrent dans le cœcum*, à condition cependant qu'ils n'aient aucun prolongement pelvien, auquel cas, l'ouverture rectale devrait être soupçonnée. Avec l'ouverture cœcale se confond, au point de vue clinique, l'ouverture

dans le côlon ascendant et la portion terminale de l'intestin grêle : dans toutes ces circonstances, la symptomatologie est la même.

L'ouverture cœcale est précédée du tableau classique de l'abcès appendiculaire de la fosse iliaque.

Cet abcès apparaît, soit après plusieurs poussées d'appendicite, soit au cours d'une première crise et la péritonite suppurée est généralement précédée d'une phase de péritonite plastique.

Au début de la crise, le malade ressent une douleur brusque, violente, localisée dans la fosse iliaque ou à l'épigastre ou même généralisée à tout l'abdomen. Elle s'accompagne de nausées, de vomissements, de ballonnement du ventre. La douleur se localise ensuite dans la fosse iliaque droite ; la palpation permet de préciser son siège maximum en un point situé au milieu d'une ligne qui s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic (point de Mac Burney). Cette douleur profonde, spontanée et exaspérée par la pression, s'accompagne fréquemment d'hyperesthésie cutanée (Dieulafoy).

La contracture des muscles abdominaux rend difficile l'examen de la fosse iliaque.

Au bout de quelques jours, on peut reconnaître à la palpation une tuméfaction plus ou moins étalée, à contours mal définis, sans dureté vraie. Puis l'induration devient nette ; elle forme un véritable plastron induré, empâté, mat et douloureux à la pression. Le toucher rectal, que l'on conseille de pratiquer systématiquement chez tout malade atteint d'appendicite, permet mieux encore de se rendre compte des caractères de cette masse.

En même temps, la température s'élève à 38, 39°. Le pouls augmente de fréquence, proportionnellement à l'élevation thermique ; il bat à 100, 120 et reste fort et régulier. Les vomissements du début persistent ordinairement, mais peuvent disparaître. Le facies est légèrement grippé, la langue sale, l'inappétence complète. La constipation est habituelle.

Au bout de trois à cinq jours, parfois plus tôt, la crise peut tourner court.

Ou bien, l'affection, au lieu de régresser, passe au second stade de son évolution : l'abcès péri-cœcal se constitue.

Les symptômes de la période précédente persistent. La température, au lieu de s'abaisser, se maintient ou s'élève encore ; elle ne dépasse pas ordinairement 38 à 39°. Les traits s'altèrent et le facies devient péritonéal.

L'induration iliaque, que nous signalions plus haut, persiste toujours nette, très douloureuse à la pression, mate à la percussion.

Plus tard, si le malade est abandonné à lui-même, la peau de la région iliaque devient rosée et chaude. Au-dessous d'elle, se dessinent quelques veines anormalement dilatées. Il n'est pas rare d'observer un léger œdème de la région. La fluctuation peut même être perçue. Ces signes sont rarement observés : on n'attend généralement pas leur apparition tardive pour décider de l'opportunité d'une intervention.

Mais, en dehors de celle-ci, la guérison est cependant possible à ce stade de l'appendicite.

Lorsque le pus est peu abondant, on admet qu'il puisse se résorber.

Plus souvent, l'affection continue son évolution et le pus peut se faire jour en diverses directions :

Se dirigeant vers l'extérieur, la collection peut aller s'ouvrir à la paroi abdominale ;

Assez fréquemment se produit l'ouverture intestinale. Dans la forme que nous décrivons, elle se fait généralement dans le cœcum, parfois dans le côlon ascendant; on conçoit qu'elle puisse se produire dans la portion de l'intestin grêle, voisine de l'angle iléo-cœcal; elle peut se faire dans le rectum, si le pus descend dans le bassin à travers la fosse iliaque ;

Mais le pus peut aussi faire irruption dans la cavité péritonéale et le danger qui en résulte pour le malade fait que presque toujours l'intervention chirurgicale est pratiquée, avant que pareille éventualité puisse se produire.

La péritonite suppurée succède ordinairement à la péritonite plastique vers le septième ou huitième jour. Parfois, l'apparition de l'abcès est beaucoup plus tardive et ne se fait qu'au bout de deux ou trois semaines, pendant lesquelles on peut observer des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Quelquefois, au contraire, l'abcès se forme d'emblée dans les premiers jours de la crise, au troisième, quatrième jour.

L'abcès pelvien, qui presque toujours s'ouvre dans le rectum, se manifeste par des signes un peu spéciaux.

La douleur ne siège au point de Mac Burney que lorsque l'infection est à la fois iliaque et pelvienne. En général, elle existe ailleurs que dans la fosse iliaque droite ; le malade la localise vaguement à l'épigastre, à l'ombilic,

à la fosse iliaque gauche, à l'hypogastre. Elle est plus marquée, si on presse avec les doigts au-dessus du pubis, vers la cavité pelvienne et si on pratique le toucher rectal ou vaginal.

Le malade accuse souvent des troubles vésicaux : mictions douloureuses et plus fréquentes, parfois rétention d'urine. Du côté du rectum, on constate de la constipation, du ténesme, des fausses envies et, un peu plus tard, des selles glaireuses provoquées par la rectite. On a même signalé des douleurs du côté de la verge et, chez les petits garçons, de l'érection par suite de la congestion pelvienne.

Le ventre paraît remonté : il y a tendance au météorisme, et ce ballonnement semble dépendre surtout de la moitié inférieure de l'abdomen. Si on percute dans la zone sus-pelvienne, on provoque de la défense musculaire. Il est rare qu'une zone de matité puisse se délimiter ; on trouve généralement de la sonorité ou une simple submatité, la présence des anses intestinales masquant la collection (Pauchet).

A la palpation de l'abdomen, on trouve des signes variables. Tantôt l'abcès pelvien n'est qu'un prolongement de l'abcès iliaque : on sent le plastron iliaque plonger dans le petit bassin, où on le perçoit par le toucher rectal. Tantôt l'abcès pelvien fait corps avec une tumeur qui occupe l'hypogastre, la région ombilicale, la fosse iliaque gauche ou même les deux fosses iliaques. Tantôt, en palpant la fosse iliaque, on ne sent que très difficilement un plastron très bas situé au niveau du détroit supérieur, que parfois l'on ne peut sentir aussi qu'avec peine par le toucher rectal : c'est qu'il s'agit alors d'un abcès pelvien

supérieur à cheval sur le détroit supérieur, ne débordant, ni vers la fosse iliaque, ni vers le petit bassin. Tantôt enfin, on ne sent rien du côté de la fosse iliaque, mais, par le toucher rectal, on perçoit une masse globuleuse, qui fait saillie dans le rectum au-dessus de la prostate et dont on perçoit aisément les limites : sa base affleure la prostate qui est abaissée, tandis que son pôle supérieur se dirige vers la fosse iliaque.

Elle proémine ordinairement sur la face antérieure et sur le côté droit du rectum, parfois sur son côté gauche ; elle peut même entourer complètement le rectum. Toujours douloureuse, dure et empâtée, ou simplement rénitente, cette masse peut devenir nettement fluctuante. On a pu ainsi sentir des abcès pelviens au moment où ils allaient s'ouvrir dans le rectum. En pratiquant la palpation abdominale et le toucher rectal combinés, on se rendra mieux compte encore du siège, de l'étendue et des caractères de ces collections péri-appendiculaires.

Lorsque l'ouverture s'est produite, on peut sentir l'orifice de communication de l'abcès avec l'intestin. Rappelons qu'il siège, chez l'homme, toujours au-dessus de la prostate, à 8 centimètres environ de l'anus, chez la femme, en un point analogue, un peu au-dessus du cul-de-sac vaginal postérieur.

Chez cette dernière, il sera bon de pratiquer le toucher vaginal pour constater si l'abcès bombe ou non dans le cul-de-sac vaginal postérieur, notion utile dans le choix de l'intervention.

L'ouverture dans l'intestin se fait habituellement du 12e au 17e jour (Jalaguier), parfois plus tôt.

Elle se manifeste par *deux signes principaux :*

1° *L'évacuation de pus*, avec des selles généralement diarrhéiques. Il est évacué en quantité variable, d'un verre à un litre et plus. Bien lié ou le plus souvent louche, d'odeur fécaloïde, il peut renfermer des débris de l'appendice gangréné, des corps étrangers, des calculs. Il a parfois l'aspect franchement stercoral et il est alors difficile de le distinguer des matières fécales. Dieulafoy cite un cas où un appendice, long de 10 centimètres, a été évacué par le rectum. L'écoulement persiste ordinairement quelques jours ; après l'évacuation abondante du début, il diminue peu à peu jusqu'à disparaître complètement ;

2° *L'affaissement de la tumeur*, après l'évacuation de la collection. La palpation fait percevoir la diminution de la tumeur iliaque qui, étendue primitivement au-dessus de l'arcade crurale à plusieurs travers de doigt, arrive à ne la dépasser que de trois, puis deux, puis un travers de doigt, pour s'effacer ensuite progressivement. Elle est aussi beaucoup moins tendue. Au toucher rectal, on se rend compte de la diminution de la tumeur pelvienne.

On observe presque toujours de la diarrhée pendant les premiers jours qui suivent l'élimination du pus par l'intestin ; elle est dûe à l'irritation de la muqueuse intestinale par les produits septiques évacués.

Cette évacuation est suivie, presque immédiatement, d'une sédation de tous les symptômes. La douleur diminue, la fièvre tombe, le pouls devient meilleur. Le malade, jusque-là condamné à l'immobilité absolue, éprouve une sensation de bien être considérable. La guérison en est ordinairement la conséquence et elle sur-

vient parfois avec une rapidité surprenante. La sédation des symptômes peut ne pas suivre immédiatement l'ouverture de l'abcès et ne se produire qu'au bout de quelques jours. (Observation IX).

En même temps que dans l'intestin, ces abcès peuvent s'ouvrir dans la vessie chez l'homme, dans le vagin chez la femme.

PRONOSTIC. — COMPLICATIONS.

La plupart des auteurs sont d'accord pour admettre que *l'ouverture des abcès appendiculaires dans l'intestin est généralement bénigne* et peut constituer un mode de guérison spontanée de l'appendicite. Dans de nombreux cas où aucune intervention n'a suivi l'évacuation de l'abcès, la guérison a été définitive. L'ouverture dans le rectum est considérée comme particulièrement bénigne.

Nous avons déjà vu de quelle façon s'obtenait la guérison : le calcul qui entretenait les lésions, l'appendice lui-même ont été éliminés ; ou bien, si ce dernier est resté dans la cavité abdominale, sa cavité s'est oblitérée, ses parois se sont sclérosées.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : l'appendice peut rester perméable, gros, adhérent, enflammé, calculeux, parfois même perforé et porteur de lésions de folliculite en pleine évolution.

Ainsi s'explique la possibilité de rechutes, la formation d'un nouvel abcès à plus ou moins longue échéance, qui, à son tour, pourra s'évacuer par l'intestin. Dans des observations assez anciennes, cette évacuation a été plu-

sieurs fois observée à intervalles successifs. (Observations II et III).

D'après Villaret, la rechute est presque fatale, s'il s'agit d'abcès ouverts dans le cœcum, tandis qu'elle est exceptionnelle, quand l'ouverture s'est faite dans le rectum. Il explique cette différence de pronostic par la facilité plus grande du drainage dans les collections évacuées par le rectum : l'ouverture rectale étant située à la partie la plus déclive de la poche, le pus s'écoule plus facilement, les corps étrangers sont plus aisément éliminés. Lorsque, au contraire, l'abcès et la perforation intestinale siègent dans la région cœcale, le foyer purulent est généralement situé en arrière du gros intestin et, le malade étant dans le décubitus dorsal, le pus n'est pas complètement évacué, les corps étrangers ne sont pas expulsés. La guérison n'est qu'apparente et, sous l'influence de la moindre cause, le foyer se réchauffera et une nouvelle poussée se produira.

Des complications sont même à craindre au moment de l'ouverture de l'abcès dans l'intestin. Des fistules peuvent en être la conséquence, qui font communiquer la cavité de l'abcès avec l'intestin.

Si, pour une raison quelconque, le pus est retenu dans cette cavité, ou s'il se reproduit, des accidents graves de rétention purulente peuvent survenir. C'est ainsi qu'on peut voir, après une courte période d'amélioration, apparaître de nouvelles douleurs, de la fièvre, de l'agitation, suivies bientôt d'une seconde évacuation qui ne met plus fin aux accidents. Ceux-ci se renouvèlent, amenant les grandes oscillations de la température, les sueurs profuses, la diarrhée permanente, l'amaigrissement et la mort.

Donc, quoique souvent l'ouverture des collections appendiculaires dans l'intestin soit suivie de guérison complète, le pronostic ne doit pas moins en être réservé dans une certaine mesure, à cause de la possibilité des accidents que nous venons de signaler.

Elle constitue un incident plus heureux que beaucoup d'autres. *Mais c'est une solution que l'on ne doit pas rechercher* et que l'on ne doit accepter que comme un pis-aller. Le malade porteur d'une pareille lésion doit rester soumis à une surveillance attentive et l'intervention chirurgicale peut même être discutée après l'évacuation de l'abcès.

DIAGNOSTIC

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de ce mode d'évacuation des abcès appendiculaires. Lorsque du pus est ainsi évacué par l'intestin, on en attribue aisément l'origine à l'appendice, si on a suivi le malade auparavant, surtout si l'appendicite s'est manifestée par ses symptômes classiques. Mais il faudra songer à la possibilité du siège anormal de ces abcès et ne pas se laisser hypnotiser par leur siège iliaque habituel. On se souviendra qu'ils ont été observés dans tous les points de la cavité abdominale, même dans la fosse iliaque gauche et que, dans l'appendicite pelvienne, les signes du côté de la fosse iliaque peuvent manquer totalement. Le toucher rectal, systématiquement pratiqué, évitera bien des erreurs.

C'est ainsi que l'on arrivera à différencier les abcès appendiculaires des autres collections purulentes, abdominales pour la plupart, susceptibles de s'ouvrir dans

l'intestin. Mais, le plus souvent, c'est l'appendicite qui est en cause.

Chez l'enfant, le pus évacué provient presque toujours d'un abcès appendiculaire. Il en est de même chez l'adulte. Chez l'homme, ce sont les abcès prostatiques, chez la femme, les suppurations d'origine génitale, qui pourront prêter à erreur.

CHAPITRE II

DE L'OUVERTURE PROVOQUÉE DES ABCÈS APPENDICULAIRES DANS L'INTESTIN

L'évacuation spontanée des abcès appendiculaires dans l'intestin est en somme un processus chirurgical de guérison : on peut dire que c'est une évacuation par voie interne (Potherat).

Sa bénignité habituelle a donné à certains chirurgiens l'idée *d'ouvrir par le rectum* les abcès appendiculaires en rapport avec cette portion du gros intestin, c'est-à-dire les abcès pelviens et les diverticules pelviens des autres variétés d'abcès.

Historique. — Cette méthode n'est pas d'un usage courant : employée en 1887 par Byford pour les abcès salpingiens, l'incision rectale a été pratiquée pour les abcès appendiculaires, à l'étranger, par Gerster, Stimson, Richardson, Peterson, Schlange, Rotter. C'est Jaboulay qui, en France, l'a employée pour la première fois. Ses élèves ont écrit de chauds plaidoyers en faveur de la méthode qui a été préconisée dans de nombreux travaux, parmi lesquels nous citerons les thèses de Dormoy, Ouin, Esnault, Chevalier et le mémoire de Bérard et Patel (*Archives de Gynécologie*, 1903).

Quelques chirurgiens français ont suivi l'exemple de

Jaboulay : les cas d'incision rectale que nous publions appartiennent à Bérard, Chaput, Pauchet, Patel, Reynier.

Indications opératoires. — C'est *aux abcès appendiculaires pelviens* que l'on a appliqué la méthode. En analysant les observations que nous avons recueillies, nous avons remarqué que :

Ou bien, l'abcès est attaqué d'emblée par la voie rectale : il s'agit alors d'un abcès uniquement pelvien, difficilement abordable par la voie abdominale, ou d'un abcès ilio-pelvien bombant nettement dans le rectum ;

Ou bien, ce n'est que secondairement que l'on aborde la collection par la voie rectale : l'incision iliaque ne permet pas le drainage suffisant du pus par la plaie abdominale et c'est au cours de l'opération ou quelque temps après que l'on est amené à pratiquer l'incision rectale.

Enfin, rarement, celle-ci a été employée, dans les cas de péritonite généralisée, seule ou associée aux autres incisions évacuatrices pratiquées au niveau de la paroi abdominale.

Manuel opératoire. — Le sujet est placé dans la position de la taille. On peut aussi réaliser la position inversée, de sorte que la paroi antérieure du rectum se présente directement aux yeux de l'opérateur.

On fait une désinfection aussi complète que possible du rectum et de la région anale.

La dilatation du sphincter, que l'on pratique habituellement en Allemagne, n'est pas toujours utile.

On emploie les procédés habituels d'anesthésie générale. D'après Chaput, l'opération pourrait s'exécuter à

la cocaïne locale ou lombaire ou même sans aucune anesthésie, tant elle est peu douloureuse.

Une valve abaisse la paroi rectale postérieure vers le sacrum. L'index gauche tâte la paroi rectale antérieure et sent la collection ; la main droite tient une paire de ciseaux courbes. L'incision doit être pratiquée au sommet du soulèvement rectal ; elle est faite transversalement ou verticalement sur la ligne médiane, avec les ciseaux guidés sur l'index gauche immobile ; on incise couche par couche la paroi intestinale. Lorsque celle-ci est incisée, on pousse la pointe fermée de l'instrument ou l'index gauche dans la perforation et on effondre la paroi de l'abcès. La collection se vide : le pus s'écoule immédiatement, souvent très abondamment.

Lorsque le malade est dans la position inversée, on peut pratiquer l'incision à ciel ouvert, si l'on prend soin de refouler, au moyen d'une valve étroite, la paroi postérieure du rectum contre la concavité sacrée.

Ce procédé nous semble préférable à l'instrumentation de Rotter qui, surtout lorsqu'il doute de la présence du pus, fait une ponction préalable avec une aiguille spéciale, munie d'un protecteur ; l'index gauche ayant repéré le point le plus saillant de la collection, il enlève le protecteur de l'aiguille et la fait pénétrer. La présence du pus étant reconnue, il glisse dans la rainure de cette aiguille la pince de Landau.

Sauf dans les collections très limitées, où l'on peut s'en passer, le drainage est de règle. On draine avec des tubes de caoutchouc de moyen calibre, dont une extrémité pénètre dans la cavité de l'abcès, tandis que l'autre ressort par l'anus qui la fixe.

Langemak recommande d'entourer le drain de gaze iodoformée pour protéger la paroi de l'abcès contre la pression du drain.

Peterson fait une incision large et pas de drainage.

Chaput perfore la paroi rectale d'un coup sec de sa pince-trocart, qu'il ouvre ensuite légèrement. Le pus s'écoule abondamment dans le rectum ; il l'absorbe avec des éponges et, quand l'assèchement est obtenu, il place un pansement extérieur sur l'anus, sans drainage. Les jours suivants, il dilate avec l'index l'orifice rectal, qui a grande tendance à s'oblitérer.

Pendant quelques jours, le malade sera constipé (Schlange) ; on le soumettra à la diète hydrique et on lui donnera un peu d'opium.

Certains chirurgiens s'abstiennent de tout lavage de la cavité; si le drain se bouche, ils se contentent de le retirer, de le nettoyer et de le replacer.

Dans les cas de suppuration putride ou prolongée et lorsqu'on n'a pas établi de drainage, on pratique des lavages à l'eau oxygénée.

Le drain est enlevé du troisième au septième jour, à condition que le pus soit complètement évacué. A la moindre élévation de température, au moindre signe de rétention, il sera replacé : on peut arriver ainsi à le laisser dix-huit et vingt jours en place.

L'opération a toujours été suivie de succès, si l'on en juge par les cas publiés. Comme pour l'ouverture spontanée, la guérison complète en est presque toujours la conséquence.

Objections adressées à la methode rectale. — De

nombreuses objections ont été adressées à la méthode rectale. On lui a reproché :

1° d'être aveugle, d'exposer à la blessure des organes qui avoisinent la collection, d'exposer à l'hémorrhagie par section des artères hémorrhoïdales ;

2° d'irriter le rectum et de provoquer une rectite, dûe au contact prolongé du pus ;

3° de ne pas permettre le drainage ;

4° d'exposer aux fistules consécutives ;

5° d'exposer au reflux des matières fécales du rectum dans la cavité de l'abcès, objection la plus sérieuse et sur laquelle ont surtout insisté les adversaires de l'incision rectale.

Les partisans de la méthode n'hésitent pas à réfuter toutes ces objections.

D'après eux, les accidents opératoires seraient nuls : la blessure de la vessie, de l'uretère, d'une anse intestinale n'aurait jamais été signalée. Le seul accident mentionné serait l'hémorrhagie, occasionnée par l'incision des tuniques rectales, encore serait-elle minime et cèderait-elle facilement à un léger tamponnement.

La rectite, provoquée par l'écoulement du pus, n'aurait jamais été observée par les chirurgiens qui emploient l'incision rectale et ne serait qu'une vue de l'esprit.

La mise en place d'un drain serait des plus faciles.

Les fistules n'auraient été signalées qu'après l'ouverture spontanée d'abcès produite non pas au point déclive, mais en un point élevé qui n'aurait pas permis un drainage suffisant. Chirurgicalement, on en verrait dans les cas de suppuration appendiculaire chronique, bacillaire.

La crainte du reflux des matières du rectum dans la cavité de l'abcès serait imaginaire et en tous cas exagérée. Pour y remédier, Jaboulay recommande d'abaisser les tuniques de la paroi latérale du rectum en arrière du drain, pour les fixer temporairement à l'anus, de façon à créer ainsi un double canal, l'un antérieur, réservé au drain et isolé, l'autre postérieur, pour les matières et les gaz.

On pourrait éviter cette introduction, en faisant une très petite ouverture au rectum permettant l'issue du pus mais non l'introduction des matières et, en cas d'incision large, en bourrant le foyer avec un drain sortant par l'anus et enchemisé de gaze.

Quand même le drain et la gaze tomberaient, l'introduction des matières n'aurait aucun inconvénient, si leur sortie facile était assurée ; il n'y aurait de danger que si l'introduction des matières était possible avec sortie difficile, ce qui n'aurait pas lieu avec l'incision large. Avec l'incision étroite, la sortie des matières serait assurée, en prenant soin de dilater chaque jour l'orifice avec la pointe de l'index (Chaput).

Avantages de la méthode rectale. — Telle est l'argumentation des défenseurs de l'incision rectale en faveur de leur procédé. Ils lui reconnaissent de plus l'avantage :

1° de présenter un manuel opératoire d'une simplicité remarquable ;

2° de permettre le drainage de la collection pelvienne au point déclive ;

3° d'être d'un pronostic essentiellement favorable.

CHAPITRE III

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE DES ABCÈS APPENDICULAIRES ÉVACUÉS PAR L'INTESTIN. — VALEUR DE L'INCISION RECTALE.

C'est à dessein que, dans les pages précédentes, nous nous sommes borné à exposer, sans la commenter, la méthode opératoire qui consiste à évacuer par le rectum les collections pelviennes et que, dans la première partie de notre travail, en parlant de l'ouverture spontanée, nous avons laissé de côté ce qui concernait le traitement.

Il nous a semblé préférable de réunir en un chapitre commun les considérations thérapeutiques que nous suggèreraient ces deux modes d'évacuation spontanée ou provoquée des abcès appendiculaires dans l'intestin.

Nous répéterons que, malgré la bénignité du pronostic, *il ne faut pas compter sur l'ouverture spontanée de ces abcès dans l'intestin et encore moins la rechercher.* Elle ne doit survenir qu'à titre d'incident, alors que l'expectation est permise ou s'impose pour une des raisons que nous avons énumérées plus haut. En toute autre circonstance, l'abcès doit être évacué à l'extérieur et l'appendice enlevé, si la chose est possible.

Mais, en présence du fait accompli, lorsque l'évacuation de l'abcès par l'intestin s'est effectuée, nous croyons

que l'on peut sans inconvénient s'abstenir. On ne prescrira que des lavages intestinaux pendant la durée de l'évacuation du pus. Le malade sera seulement soumis à une surveillance attentive : on n'hésiterait pas à intervenir si la moindre élévation de température, si le moindre signe de rétention purulente venaient à se produire.

La plupart du temps aucune intervention n'est nécessaire et la guérison complète est observée. C'est l'opinion de Jalaguier. « Il est une circonstance, dit-il, où je ne suis pas d'avis d'intervenir avant la rechute, c'est lorsque la suppuration péri-appendiculaire a été évacuée par l'intestin. La guérison définitive est très communément observée en pareil cas et, si une rechute vient à se produire, elle est en général de faible intensité et cède rapidement à la suite d'une nouvelle évacuation ».

Si une rechute se produit, l'intervention s'impose.

Dans les cas de collections pelviennes, l'incision rectale nous semble pouvoir rendre de réels services.

Elle s'applique de préférence aux collections à siège uniquement pelvien. Celles-ci sont difficilement abordables par la voie abdominale. L'incision abdominale, médiane ou latérale, mène dans un péritoine libre ; on aperçoit dans le bassin les adhérences qui forment le plafond de l'abcès ; les anses intestinales sont là agglutinées. L'ouverture de la collection, dans ces conditions, a paru dangereuse à nombre d'opérateurs, puisque certains n'ont pas hésité à s'arrêter au cours d'une intervention par la voie abdominale pour aborder la collection par un autre procédé (observation LIV), puisque Quénu a proposé de pratiquer l'opération en deux temps et que d'autres ont eu l'idée d'aller ouvrir l'abcès par la voie sous-péritonéale.

L'incision rectale, pratiquée en pareil cas dans les nombreuses observations que nous avons recueillies, nous paraît simple et avantageuse, si l'on en juge par les résultats obtenus et il nous semble qu'elle peut être utilisée avec succès pour l'évacuation de ces abcès, quitte à intervenir plus tard à froid pour enlever l'appendice.

D'autres procédés ont été employés pour aborder ces collections à siège uniquement pelvien.

La voie parasacrée, d'un manuel opératoire compliqué, est peu employée en France. Elle expose à des délabrements considérables, puisque, pour s'ouvrir une voie sur le rectum, on abat le coccyx et la moitié inférieure gauche du sacrum. On chemine au voisinage d'organes importants qui courent le risque d'être blessés. La section du grand fessier et des ligaments n'est pas sans inconvénient.

La voie périnéale présente des difficultés opératoires bien moindres que la précédente. Aujourd'hui que l'on connait dans ses moindres détails cette voie prérectale qui mène sur la prostate, l'abord du cul-de-sac péritonéal recto-vésical est relativement facile. Il n'en est pas moins vrai qu'on travaille toujours à une profondeur considérable, à travers une incision relativement étroite, qu'on risque d'intéresser soit le bulbe en avant, soit le rectum en arrière et qu'il n'est pas possible par cette voie de drainer largement.

Pratiquée surtout chez l'homme, elle est contre-indiquée chez la femme, où la voie vaginale est toujours plus directe et plus simple.

La voie vaginale est, pour de nombreux chirurgiens, la voie de choix chez les femmes adultes et défiorées. Elle

permet d'accéder à toutes les collections pelviennes, qu'elles soient hautes ou basses. On pratique surtout la colpotomie postérieure, médiane ou latérale, la collection siégeant d'ordinaire dans le cul-de-sac de Douglas. Elle peut se faire aux ciseaux, au bistouri ou à l'aide de trocarts. Elle permet une incision plus large que par la voie rectale. Elle est sans danger : on ne pourrait craindre que la blessure d'une artère vaginale dont l'hémorrhagie est d'ailleurs facile à arrêter par les moyens ordinaires. Les soins consécutifs sont simples : on draine pendant un certain temps. La guérison est la règle.

En présence d'abcès ilio-pelviens, il faut donner la préférence à l'incision abdominale. Parfois cependant, elle ne permet qu'un drainage insuffisant du diverticule pelvien. Ainsi s'explique la persistance après une intervention par la voie abdominale de collections pelviennes qui, dans quelques-unes de nos observations, ont nécessité une incision rectale secondaire.

Certains opérateurs ont eu l'idée d'instituer un drainage abdomino-rectal.

Pauchet l'applique aussi bien aux abcès uniquement pelviens qu'aux abcès ilio-pelviens. Voici sa technique : il pratique d'abord l'incision iliaque, ouvre ensuite la collection et établit enfin le drainage. Pour ce faire, il place dans le trajet ilio-pelvien de l'abcès un long clamp qu'il amène dans le cul-de-sac de Douglas : il le pousse à travers la paroi rectale, jusqu'à ce qu'il sorte par l'anus, coiffé de celle-ci. Un coup de ciseaux ouvre sur la paroi rectale une boutonnière à travers laquelle il fait passer les mors du clamp : ceux-ci sont écartés, happent un drain qui leur est présenté. Le clamp est refermé et tiré

vers l'incision abdominale : il entraîne le drain qui occupe ainsi tout le trajet de la poche et s'étend de l'anus à la plaie abdominale. Le drain est percé de trous, ce qui permet, si on le juge utile, de pratiquer des lavages. On le laisse en place de huit à vingt jours.

OBSERVATIONS

Voici l'ordre que nous avons adopté pour classer nos observations :

I. Abcès appendiculaires ouverts spontanément dans le cœcum.

II. Abcès ouverts spontanément dans le rectum.

III. Abcès ouverts en un point indéterminé de l'intestin.

IV. Abcès pelviens ou ilio-pelviens traités par le drainage rectal.

I. — ABCÈS APPENDICULAIRES OUVERTS SPONTANÉMENT DANS LE CŒCUM.

Observation I (Résumée). — (Thèse Paul Benoît, Paris, 1891).

Première crise d'appendicite terminée par des selles purulentes. — Rechute au bout de 3 ans. — Laparotomie iliaque : évacuation d'un demi-litre de pus ; fistule stercorale. — Nouvelle intervention : grande perte de substance du cœcum comblée par suture de Lembert. — Très légère fistule. — Guérison.

D..., Emile, 18 ans.

Première crise d'appendicite, terminée au bout de 15 jours par des selles purulentes. Guérison incomplète pendant 3 ans.

En *août* 1890, rechute.

Entre à l'hôpital Cochin où M. Tuffier constate, dans la fosse iliaque droite, une volumineuse tumeur remontant de l'arcade de

Fallope à la région des lombes, dure, non fluctuante, accolée à l'os, sans changement de coloration de la peau. Température, 39°.

M. Tuffier porte le diagnostic d'appendicite avec phlegmon péri-cœcal et pratique l'opération suivante :

Incision iliaque ; ouverture d'une poche contenant un demi-litre de pus.

Une fistule stercorale s'établit, qui nécessite une nouvelle intervention. 15 jours après, M. Tuffier agrandit l'incision primitive et tombe sur une large perte de substance du cœcum, comprenant les deux tiers de sa largeur et 6 centimètres de haut, qu'il comble par suture de Lembert.

Guérison : une petite fistule persiste.

Obs. II (Résumée). — (Thèse Paul Benoît, Paris, 1891).

Crises répétées d'appendicite : évacuation de pus par les selles. — A la quatrième crise, laparotomie iliaque : abcès communiquant avec le cœcum. — Résection de l'appendice. — Guérison.

H . ., Frédéric, 48 ans.

Première crise d'appendicite à 21 ans.

7 ans plus tard, rechute terminée par des selles purulentes.

A 33 ans, nouvelle crise.

7 ans plus tard, rechute.

Entre à l'hôpital Beaujon, le 28 octobre 1890.

A l'*examen*, le ventre est tendu et ballonné, douloureux. On sent, en palpant la fosse iliaque droite, un empâtement profond, très douloureux à la pression. Etat général satisfaisant. Pouls à 72. Température normale. M. Tuffier porte le diagnostic de périty phlite et appendicite.

Laparotomie, le 5 novembre : incision iliaque. Abcès rétro-cœcal communiquant avec le cœcum par une perforation. Résection de l'appendice. Guérison.

Obs. III (Résumée). — (Thèse Villaret, Lyon, 1898).

Six crises d'appendicite en un an, les cinq premières se sont terminées par des selles purulentes. — Opération dix jours après

le début de la sixième crise. — Laparotomie iliaque, tissus sclérosés, adhérences, appendice probablement sectionné mais non enlevé, fistule stercorale guérie 10 jours après. — Guérison.

Ch..., Claudius, cultivateur.

Première crise d'appendicite, le 15 décembre 1896. Ouverture de l'abcès dans l'intestin : écoulement de pus pendant 10 jours. La gnérison dura deux mois.

Nouvelles crises suivies d'une nouvelle évacuation, sauf au cours de la dernière, en juin, juillet, septembre, commencement et fin décembre 1897.

Entre, le 7 *janvier* 1898, dans le service de M. Poncet.

On constate localement un plastron abdominal net dans la fosse iliaque droite, avec point douloureux exactement limité au point de Mac Burney ; pas de fluctuation profonde. Constipation.

Laparotomie iliaque, le 10 *janvier* 1898. On trouve, dans l'angle supérieur de la plaie, un plastron induré avec lequel l'intestin se confond ; on débride par en bas (jour insuffisant) et par en haut. Ecoulement d'une cuillerée à café d'un liquide séro-purulent de provenance indéterminée. En haut de la plaie, on découvre le cœcum fixé au péritoine iliaque et pariétal. Impossibilité de voir nettement l'appendice et de l'enlever ; il n'a pu être que sectionné. Il devait s'agir d'une forme rétro-cœcale avec ouverture spontanée dans le cœcum.

Fistule stercorale tarie au bout de 10 jours.

Guérison, le 26 *février* 1898.

Obs. IV. — (Péraire, *Bull. de la Soc. anatomique* de Paris, mai 1897).

Appendicite. — Troisième rechute. — Laparotomie latérale. — Foyer purulent rétro-cœcal. — Appendice gangrené séparé du cœcum. — Gaz mélangés au pus. — Perforation intestinale.

Jeune canadienne de 20 à 25 ans qui avait déjà eu deux crises de

coliques appendiculaires et qui fut prise, il y a quelques jours, de phénomènes péritonéaux graves. M. Terrier fit le diagnostic d'appendicite avec abcès probable péricœcal.

Toute la fosse iliaque droite était douloureuse et empâtée. La malade avait de la fièvre. Elle a donc été opérée en pleine crise aiguë.

Après ouverture latérale droite de l'abdomen, on a trouvé l'épiploon congestionné, rougeâtre, comme infiltré et adhérent à la paroi antérieure du cœcum. Après destruction des adhérences et résection de cet épiploon, on a découvert un vaste foyer purulent, situé en arrière du cœcum et répandant une odeur infecte, puis, nageant au milieu du pus, l'appendice, complètement séparé du cœcum, s'effilochant et présentant une teinte gris verdâtre. Il a suffi de le saisir avec une pince à disséquer pour l'extraire.

Des gaz existaient mélangés au pus, et on a constaté une perforation intestinale dans laquelle pouvait pénétrer facilement une sonde cannelée. Lavage sommaire de la cavité abdominale avec de l'eau salée ; drainage à la Mickulicz, à la gaze stérilisée ; drain en caoutchouc au fond de la plaie. On a fermé l'abdomen sans chercher à suturer la perforation intestinale.

Obs. V. — (Tuffier, *Bull. et mémoires Soc. de chirurgie*, Paris, 1896, XXII, 781).

Appendicite à rechute, abcès ouvert dans le cœcum avec élimination probable de l'appendice. — Brides cicatricielles ayant provoqué des accidents d'obstruction intestinale.

Enfant de 11 ans. Pris, le 22 septembre 1893, d'une appendicite aiguë franche, sans réaction péritonéale très intense et sans accidents apparents d'abcès. Traitement médical. Guérison au bout de 3 mois.

Au printemps suivant, nouvelle poussée qui nécessita deux mois de séjour au lit.

En *octobre* 1895, troisième rechute avec formation d'un plastron, fièvre, vomissements et ouverture de l'abcès dans le cœcum.

La guérison semblait à peu près obtenue, quand, le 27 avril 1896, il fut subitement pris de constipation absolue sans émission de gaz, de ballonnement notable du ventre et de vomissements alimentaires, puis bilieux, en un mot de signes d'obstruction intestinale dus, pense-t-on, à un obstacle cœcal. Les accidents cèdent à un purgatif, mais reparaissent 4 jours après, pour céder de nouveau sous l'effet d'un autre purgatif.

Opération, le 7 *mai* 1896 : incision iliaque. La surface du cœcum et la terminaison de l'intestin grêle sont bridés par des adhérences et coudés ; débridement. On ne trouve pas d'appendice. La face postérieure du cœcum est bien cicatricielle. Drainage iodoformé.

Sort, le 21e jour, complètement guéri.

Obs. VI (Résumée). — (Berger, *Bull. et mém. Soc. de Chirurgie*, Paris, 1892, XVIII, 233).

Crises répétées d'appendicite. — Au cours de la dernière, évacuation de pus par les selles. — Guérison.

Jeune homme. Crises de périty phlite à 3 ans, à 19 ans. Une troisième, le 9 mars 1891.

Le 16 *juillet*, crise aiguë.

Le 24 : ventre ballonné, douloureux ; tuméfaction dure, douloureuse dans la fosse iliaque droite ; température, 39° ; quelques vomissements. L'opération fut fixée pour le 26 juillet au matin. Tout était prêt pour l'opération, quand, le matin même du jour où je devais la pratiquer, je trouvai le malade sans fièvre, ne souffrant plus ; la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite avait très sensiblement diminué, la tuméfaction elle-même paraissait moins considérable. Je résolus de surseoir à l'intervention.

Mais, la tumeur de la fosse iliaque droite persistant et donnant lieu bientôt à de la fluctuation, l'intervention fut de nouveau décidée.

Le jour où j'arrivai pour pratiquer l'incision, on me dit que le malade avait rendu dans la nuit plusieurs selles contenant une grande quantité de pus. Je constatai, en effet, la présence de pus

dans les garde-robes et une modification très notable dans les caractères de la tumeur iliaque, molle, dépressible et très réduite de volume. Il était certain qu'une collection péricœcale s'était ouverte et était en train de s'évacuer par l'intestin. Une seconde fois, je dus différer l'intervention.

Les jours suivants, la tuméfaction iliaque diminua graduellement et très rapidement de volume ; les selles renfermaient chaque jour du pus, mais toujours en moindre quantité ; vers le 15 août, elles n'en présentèrent plus trace.

La guérison se fait et se maintient.

Obs. VII. — (Quénu, *Bull. Soc. de chir.*, 1892, in thèse Challiol, Lyon, 1894-95).

Crises répétées d'appendicite. — Opération : ulcération de la paroi cœcale, sauf au niveau de la muqueuse qui a résisté.

V . . , 28 ans. Crise d'appendicite en mai 1889. Nouvelle crise d'appendicite en mai 1891.

Le 15 *mars* 1892, entre à l'hôpital pour une nouvelle crise : douleurs abdominales, diarrhée et selles sanguinolentes ; empâtement à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Traité médicalement.

Ventre souple, sauf dans la fosse iliaque droite où on sent une tumeur de la grosseur du pouce, très douloureuse au toucher.

Opération, le 5 *mai* 1892. Incision sur le bord externe du droit. Appendice volumineux, épaissi, coudé sur lui-même et adhérent à la face antéro-externe du cœcum. Décollement laborieux. On trouve un petit foyer qui aboutit, du côté de l'appendice, à une perforation où passe le stylet, et, du côté du cœcum, à une ulcération de la grosseur d'une pièce de 50 centimes. La muqueuse cœcale paraît avoir résisté.

Obs. VIII (Inédite). — Communiquée par M. le Dr Herbet.

Abcès appendiculaire ouvert spontanément dans l'intestin. Guérison.

M. L..., 60 ans. Ce malade, qui était dans un parfait état de

santé et qui présentait une grande régularité de ses fonctions intestinales, est pris, le 1er mars 1905, de douleurs abdominales assez vagues, accompagnées de constipation opiniâtre, avec arrêt absolu des matières et des gaz.

Le Dr Dureau appelé, en l'absence de localisation bien nette du côté droit, pense qu'il s'agit d'un début d'obstruction intestinale et lui administre un léger purgatif à l'huile de ricin. Cette purgation reste sans effet. On administre des lavements et même un lavement électrique, qui ne donnent aucune espèce de résultat.

En même temps, le ventre augmentait considérablement de volume. La douleur siégeait dans la fosse iliaque droite ; peu vive, elle se limitait nettement au point de Mac Burney. Pas de température. Le facies était bon.

Devant cet ensemble de symptômes, on porte le diagnostic d'appendicite et on institue le traitement ordinaire : glace sur le ventre, diète absolue.

Au bout de 3 jours, le malade ne souffre plus. Il a spontanément des évacuations de gaz et de matières et se sent très soulagé.

On le maintient au lit et à une diète relative pendant une quinzaine de jours.

Le 16 *mars*, on recommence à l'alimenter progressivement ; sous l'influence de l'alimentation, les douleurs reviennent, légères, elles siègent dans tout le ventre et s'accompagnent de diarrhée. Lorsqu'il est debout, le malade éprouve dans le côté droit quelques douleurs, qui disparaissent, lorsqu'il est couché. Température, 39° ; pouls, 90. A l'examen : tympanisme, douleur fixe, pas très vive au point de Mac Burney. Traitement : glace sur le ventre avec immobilisation, diète absolue.

17 *mars*. — Température, 38° 5 ; pouls, 72. Bon état général. Facies plus pâle. Pas de vomissements. Constipation.

18. — Pouls, 110 ; température, 38° 7. Ventre plus souple ; un peu de matité du côté droit. La douleur persiste au point de Mac Burney.

19. — Pouls, 100 ; température, 38° 2. Le ventre est tendu, plus souple à gauche qu'à droite, où l'on sent au contraire une zone assez considérable, résistant à la main. La constipation se maintient.

20. — Pouls, 96; température, 38°. Le ventre devient plus souple, même dans la région malade.

Le soir, à 9 heures, le malade évacue par le rectum un liquide gris jaunâtre, d'odeur infecte. Par trois fois, à quelque distance, les mêmes phénomènes se reproduisent.

21. — Amélioration notable : pouls à 80, température à 37° 5.

L'écoulement de pus persiste trois jours. La guérison survient rapidement. Le 23 mars, la température est normale, le pouls à 76. Le ventre est souple, la douleur a disparu. Les selles ont reparu. L'alimentation est reprise progressivement.

Le malade n'a plus rien ressenti depuis.

II. — ABCÈS OUVERTS SPONTANÉMENT DANS LE RECTUM

Obs. IX (Résumée). — (Broca, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1905, XIX, 49).

Abcès appendiculaire pelvien ouvert spontanément dans le rectum. Guérison.

Jeune fille, 13 ans. Apparition, il y a 10 jours, d'une crise d'appendicite qui paraît être la première : vives coliques, douleur dans la fosse iliaque droite, état fébrile. Les douleurs vont en augmentant. Au huitième jour, vomissements alimentaires qui d'ailleurs ne se renouvelèrent point. L'appendicite est diagnostiquée et la fillette entre à l'hôpital des Enfants-Malades au dixième jour de la crise, le 20 août 1904.

Par la palpation de l'abdomen, on sent un plastron douloureux et mat, très bas situé dans la fosse iliaque, accolé à l'arcade de Fallope et n'atteignant pas tout à fait la hauteur du point de Mac Burney. Pouls à 120, plein et régulier. Température à 39°. Pas de ballonnement du ventre. Seule la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression. Facies pâle, angoissé.

Au toucher rectal, on sent une grosse bosselure douloureuse,

allant jusqu'à la ligne médiane postérieure et soulevant la paroi droite du rectum.

Dans la nuit du 20 au 21 août, se produisirent plusieurs selles diarrhéiques. La veilleuse de la salle ne conserva pas les matières expulsées. Elles ne furent pas conservées non plus dans la journée du lendemain. De sorte que l'on ne peut affirmer si elles contenaient du pus et si l'abcès s'est évacué par le rectum. Mais c'est probable, car nous avons observé avec netteté une diminution de l'empâtement ilio-pelvien. Dès le lendemain de la diarrhée suspecte, le plastron antérieur ne remontait plus qu'à trois doigts à peine au-dessus de l'arcade de Fallope, aujourd'hui, à un doigt seulement; et en même temps la tuméfaction péritonéale subit un retrait analogue.

A cela correspond une amélioration nette des coliques, de la douleur à la pression sur la fosse iliaque, mais la fièvre est toujours à 39°, le pouls de 110 à 120. Malgré cela, abstention.

Après 6 jours, la défervescence s'est produite, et, au bout d'un mois, l'enfant rentrait chez elle.

Obs. X. — (Barnsby, *Archives prov. de chirurgie*, 1905, XIV, p. 155).

Abcès pelvien ouvert spontanément dans l'intestin. — Opération à froid. — Guérison.

M..., Jean-Louis. Une crise aiguë, avec réaction péritonéale. Cette crise aboutit à la formation d'un abcès enkysté pelvien. Ouverture spontanée de l'abcès dans l'intestin.

Opération à froid, le 22 *juin* 1904, malgré la présence d'un empâtement étendu, quoique indolore, siégeant à la partie inférieure de la fosse iliaque, au niveau du détroit supérieur. Appendice long, adhérent au péritoine pelvien. La pointe communique avec un amas caséeux occupant le centre d'un noyau d'épiploïte enflammée. Drainage. Sutures partielles.

Guérison, le 15 *juillet* 1904.

Obs. XI. — (MADRANGES, thèse Lyon, 1903).

Abcès pelvien ouvert spontanément dans l'intestin. — Guérison.— Ablation de l'appendice, plus tard, au cours d'une laparotomie nécessitée par une grossesse tubaire.

Mme P. , 26 ans, a été frappée, il y a 6 ans, d'une appendicite à forme pelvienne grave, soignée par l'expectation. Après avoir présenté des symptômes de volumineux abcès, avec réaction péritonéale vive et température élevée, elle voit brusquement ces accidents s'amender, à la suite de l'ouverture spontanée dans l'intestin de la collection purulente très abondante. Elle guérit rapidement dans la suite.

En *novembre* 1900, rupture d'une grossesse tubaire qui fait courir de très grands dangers à la malade.

Opérée par M. Villard, le 5 *novembre* ; au cours de l'intervention, l'abdomen étant largement ouvert et asséché, on reconnaît l'appendice très volumineux et très long (15 à 16 centim.) descendant dans l'excavation pelvienne, adhérant par sa pointe au voisinage du cul-de-sac de Douglas, en avant du rectum. Il présente une cicatrice terminale. L'appendice est réséqué, en outre de la salpingectomie nécessaire pour la grossesse tubaire. Guérison.

Obs. XII (Résumée). — (BREYNAERT, rapportée par M. FÉLIZET, *Bull. et mém. Soc. de chir.*, Paris, 1904, XXX, n° 24).

Appendicite aiguë. — Terminaison par abcès pelvien, ouvert spontanément dans le rectum. — Guérison.

J. ., A., 15 ans. Il y a deux ans, première crise, guérie médicalement en deux ou trois jours.

Le 8 *septembre* 1903, une nouvelle crise d'appendicite se produisit brusquement avec une violence extrême : vomissements, douleur vive, ballonnement du ventre, état général inquiétant, température à 40°, pouls à 128. Traitement médical.

Le 3e jour, dans la nuit : temp., 40°,4 ; pouls, 140.

Le Dr Félizet voit le malade et décide une intervention.

En attendant l'aide et l'outillage qu'il fit demander à Paris, il fit appliquer dans la région iliaque droite 15 sangsues qu'on laissa couler : soulagement marqué; température à 39°; pouls à 120; douleur moindre. La paroi abdominale cessa de se défendre et on put pousser à fond l'exploration cœcale. Rien au toucher rectal.

MM. Félizet et Breynaert furent frappés de la libération presque complète de la fosse iliaque droite et de l'existence d'une masse arrondie, tendue, douloureuse à la pression, surplombant la vessie et semblant plonger dans le petit bassin.

Le 15 *septembre*, au toucher rectal, on découvre, à bout de doigt, une tuméfaction globuleuse, rénitente, extrêmement sensible au toucher et dont la fluctuation était encore peu nette.

En même temps, la tuméfaction sous-ombilicale avait à peu près disparu, la fosse iliaque et le bas-ventre étaient devenus parfaitement libres : sonorité partout à la percussion.

La vessie fonctionnait bien. Du côté du rectum : douleur, ténesme, émission de mucosités glaireuses. Température, 39°.

La masse du cul-de-sac de Douglas n'était pas plus grosse ; elle était plus molle, la fluctuation était manifeste, mais le centre du foyer était encore très élevé.

Le 21 *septembre*, l'ouverture spontanée se fit à la suite d'une selle : écoulement de 250 grammes de pus sanieux, horriblement fétide, contenant des particules sphacélées qui ne furent pas conservées.

Le suites furent très simples : dès le lendemain de l'ouverture de l'abcès, la température vespérale tomba de 39°3 à 37°, et se maintint à la normale.

M. Breynaert ne fit dans le foyer, ni sondage, ni irrigation. Il se contenta des lavements naphtolés administrés matin et soir Après 8 jours, toute suppuration avait cessé.

Obs. XIII. — (Schoefer, cité par Rotter, in *Deutsche med. Woch.*, 1900, n° 39).

Abcès pelvien ouvert dans le rectum. - Drainage rectal. — Guérison.

K .., 12 ans. Depuis 2 jours, douleur abdominale très vive ; ténesme rectal.

Le malade rend du pus par l'anus si bien que l'on croit à une rectite.

L'examen de l'abdomen demeurait négatif.

Au toucher rectal, la muqueuse était enflammée, la paroi extérieure du rectum faisait une forte saillie.

Ponction par le rectum ; on agrandit l'orifice accidentel qui n'était que celui d'un abcès appendiculaire ouvert à son intérieur. Guérison.

Obs. XIV. — (Broca, *Leçons de clinique infantile,* 1902).

Abcès pelvien ouvert spontanément dans le rectum. — Guérison.

G . , J., fillette de 11 ans 1/2. Entre, le 30 *juin* 1897, à l'hôpital Trousseau.

Le 24 *juin*, douleurs dans le côté droit, bientôt suivies de vomissements alimentaires, puis bilieux, qui durent toute la journée et toute la nuit et ne cessent que le lendemain matin. Selles normales.

30 *juin* : plus de douleurs. Pas d'abattement. Température, 39°. Pouls, 110. Langue chargée. Ventre souple, non ballonné, un peu tendu dans la fosse iliaque droite. Défense musculaire à ce niveau. On sent un peu d'empâtement. Palpation douloureuse. Traitement médical. La température tombe peu à peu et devient normale, le 7 juillet.

A partir du 13 *juillet*, sans aucun phénomène péritonéal, avec l'abdomen souple et seulement empâté dans le bas de la fosse iliaque droite, le thermomètre monte tous les soirs aux environs de 38° et, le 19 juillet, à 5 h. 1/2 du soir, sans douleurs, sans cause apparente, eut lieu une décharge abondante de pus par l'anus (la valeur d'un demi-verre ordinaire) ; l'infirmière a également affirmé qu'il s'en était écoulé par le vagin, mais cela n'a pas été vérifié par moi les jours suivants, tandis que l'évacuation rectale s'est reproduite pendant quelques jours. Après cela, soulagement immédiat : plus de douleur, plus de température ; le ventre rede-

vient très vite normal, avec un peu plus de résistance à droite qu'à gauche, puis la convalescence fut rapide et, le 2 septembre, l'enfant nous quittait complètement guérie.

Obs XV. — (Broca, *Leçons de clinique infantile*, 1902).

Abcès pelvien ouvert dans l'intestin. — Guérison.

Germaine D..., fillette de 9 ans. Après 6 mois de douleurs abdominales mal caractérisées, nous fut apportée, le 31 octobre 1897, au 11e jour d'une crise aiguë. Le ventre était peu douloureux à la pression, sans rien de net dans la fosse iliaque.

Le 2 *novembre*, survint de la diarrhée avec selles liquides, jaunes, formées certainement de pus, tandis que l'état s'améliorait sensiblement et que la température tombait à 37°7. Le pus dans les selles fut constaté jusqu'au 9 novembre ; à partir de ce moment, la convalescence fut rapide et l'enfant rentra chez elle, le 4 décembre, tout à fait bien portante.

Obs. XVI. — (Broca, *Leçons de clinique infantile*, 1902).

Abcès pelvien secondaire ouvert spontanément dans le rectum. — Guérison.

Garçon. Le 16 janvier 1900, je lui avais ouvert d'urgence un gros abcès de la fosse iliaque et tout allait bien, lorsque, le 29 au soir, la température remonta à 38°5, tandis qu'à gauche se formait, au-dessus de l'arcade de Fallope et près de la ligne médiane, une bande empâtée, douloureuse, et qu'au toucher rectal on sentait bomber en avant une masse non fluctuante.

La température vespérale s'éleva ainsi les 29, 30 et 31 janvier et elle était redevenue normale, lorsque, le 2 février, s'écoula par le rectum une assez grande quantité de pus fétide. Cela dura, avec peu d'abondance, pendant quelques jours, et la convalescence, à partir de ce moment, fut ininterrompue, en sorte que l'enfant sortit de l'hôpital, le 4 mars, entièrement guéri.

Obs. XVII (Inédite). — (Communiquée par M. le Dr Herbet).

Péritonite appendiculaire à foyers multiples. — Laparotomie. — Ouverture secondaire d'un foyer pelvien dans le rectum.

F. G.. , garçon de 15 ans. Début, le 1er *janvier* 1905, par de légères douleurs abdominales. Le malade ne s'alite que le 3. Le médecin, appelé à ce moment, pose le diagnostic d'appendicite et traite le malade par le repos et la diète. Pas de purgatifs. Jusqu'au 13 janvier, date de l'entrée à l'hôpital Bretonneau, l'enfant n'a eu que deux vomissements.

Depuis la veille, le ventre avait considérablement augmenté de volume. La constipation était opiniâtre, malgré les lavements. Température, 39°2. Pouls rapide. Facies péritonéal.

Devant ces symptômes graves, on décide de pratiquer immédiatement la laparotomie. Une incision faite dans la fosse iliaque droite donne issue à une grande quantité de pus. Il n'existe pas d'adhérences autour du cœcum et l'appendice perforé est enlevé. On pratique ensuite, sur le côté gauche, une incision semblable et l'on draine en plaçant quatre drains dans chacune de ces incisions. On ne place pas de drain dans le cul-de-sac postérieur où il existe des adhérences de l'anse sigmoïde semblant protéger le petit bassin. On croit devoir respecter ces adhérences.

Le lendemain de l'opération, le malade rend par l'anus une quantité considérable de pus, non mélangé de matières et, à partir de ce moment, la température s'abaisse, l'état général devient meilleur. Pendant 10 jours, il s'écoule par le rectum un peu de pus et des matières d'odeur très fétide. La diarrhée persiste pendant une quinzaine de jours.

Progressivement, le malade se rétablit. Et, après une longue période de suppuration qui dure 4 mois, la cicatrisation de la plaie est enfin complète.

Obs XVIII (Inédite). — (Communiquée par M. le Dr Herbet).

Abcès ilio-pelvien ouvert spontanément dans le rectum. — Colpotomie. — Guérison.

Mme L..., 30 ans. Prise brusquement, le 10 janvier 1905, de douleurs abdominales très vives, localisées dans la fosse iliaque droite ; vomissements, élévation de la température. Malgré l'application de glace et la diète, les signes généraux restent graves. Un chirurgien appelé constate l'existence d'une tuméfaction de la région cœcale, diagnostique une appendicite et propose une intervention immédiate que la malade refuse.

Les jours suivants, augmentation de volume considérable de la masse, qui siège dans la fosse iliaque droite et qui arrive maintenant jusqu'au cul-de sac de Douglas qu'elle remplit

Je vois Mme L... pour la première fois, le 15 janvier. Je la trouve très affaiblie, les traits tirés. Température, 38°5. Pouls, 120. Ventre un peu ballonné ; légère voussure à droite. La palpation fait sentir une masse volumineuse qui semble remplir le petit bassin et la fosse iliaque droite.

Au toucher vaginal, on sent l'utérus très abaissé et le cul-de-sac postérieur rempli par une masse fluctuante. Mais, d'après les renseignements qui me sont fournis, cette masse serait beaucoup moins saillante que la veille.

La nuit précédente, il s'était en effet produit par le rectum, sous forme de selles, l'évacuation d'une assez grande quantité d'un liquide brunâtre, renfermant quelques grumeaux blanc jaunâtres Un grand soulagement avait suivi cette évacuation.

Il était impossible de délimiter l'utérus englobé dans cette masse.

Je pratique une incision large du cul-de-sac vaginal postérieur. Il s'écoule plus d'un demi-litre d'un liquide brunâtre, mélangé de pus, d'odeur infecte, stercorale. Je place deux gros drains.

Le lendemain, abaissement de la température et du pouls, meilleur état général. Les matières passent par le vagin. Quelques jours après, à l'occasion d'un lavement, on s'aperçoit que le liquide injecté sort par le vagin.

Au bout de 18 jours, les matières ne passent plus par le vagin ; il passe encore quelques gaz. Au bout d'un mois, la fistule est complètement oblitérée.

La malade se rétablit peu à peu. L'écoulement se tarit, mais il reste des pertes blanches asssez abondantes. Il n'y a plus de douleur à la palpation abdominale. L'empâtement de la fosse iliaque droite a disparu.

Actuellement, la malade est complètement guérie de sa suppuration pelvienne. Elle souffre cependant de temps à autre dans la fosse iliaque droite et il est possible que ces douleurs obligent un jour à intervenir de nouveau, d'une façon radicale cette fois, par la laparotomie.

III. — ABCÈS OUVERTS EN UN POINT INDÉTERMINÉ DE L'INTESTIN

Obs. XIX. — (Broca, *Leçons de clinique infantile*, 1902).

Abcès appendiculaire ouvert spontanément dans l'intestin. — Persistance des accidents. — Incision lombaire : poche lombo-iliaque à prolongement pelvien supérieur. — Drainage. — Guérison.

Fillette de 9 ans 1/2, admise à l'hôpital, le 2 *novembre* 1897.

Début classique de l'appendicite aiguë, remontant au 5 *septembre*.

Le 25, défervescence brusque, consécutive à une évacuation de pus par l'anus.

Mais ce ne fut qu'une détente. A partir de cette date, la collection se vida tous les 5 ou 6 jours, tandis que, dans l'intervalle, la température remontait. De là une intoxication septique assez grave, en sorte que l'enfant était pâle, amaigrie, sans appétit, avec la langue sale. Le pus n'avait pas coulé dans le rectum depuis plusieurs jours et la température était à 38°8.

A la palpation, empâtement profond de la fosse iliaque droite, sans saillie accessible à ce niveau, et, dans la fosse lombaire, un soulèvement mal limité, avec fluctuation profonde.

Il y avait donc une poche lombo-iliaque ouverte dans l'intestin par un trajet fistuleux insuffisant. Le 3 novembre, grande incision verticale dans la région lombaire, qui mène dans un abcès qui se prolongeait en bas et en dedans vers le détroit supérieur par un long tunnel.

Tamponnement à la gaze iodoformée remplacé, le 9 novembre, par deux drains.

L'amélioration fut immédiate : il n'y eut plus jamais de pus dans les selles, la fièvre tomba peu à peu, l'intoxication septique cessa, l'appétit revint, la plaie se cicatrisa et, le 6 janvier 1898, la guérison était complète.

Obs. XX. — (Broca, *Leçons de clinique infantile*, 1902).

Abcès appendiculaire ouvert spontanément dans l'intestin.— Persistance des accidents. — Opération par la voie sous-péritonéale ; ouverture d'un abcès pelvien. — Drainage. — Guérison.

Mariette C..., fillette de 12 ans; le 24 septembre 1897. Malade depuis la fin de juillet et soignée à la campagne pour une fièvre typhoïde.

On diagnostique ensuite une appendicite et on me pria de voir l'enfant. Quelques minutes avant mon arrivée, eut lieu une énorme débâcle de pus par l'anus, et je n'eus qu'à voir un bassin plein d'un liquide jaune horriblement fétide.

La douleur, jusque-là très violente, se calma aussitôt, la fièvre cessa, le ventre devint souple. Mais cette amélioration ne dura qu'une quinzaine de jours et bientôt la malade fut reprise d'accidents légers avec douleur iliaque droite, météorisme, inappétence, diarrhée et surtout phénomènes de septicémie chronique fort accentués et température oscillant entre 38 et 39°.

Entre à l'hôpital Trousseau, le 24 septembre. Localement, la fosse iliaque droite n'était douloureuse que si on palpait profondément et il y avait un peu d'empâtement en haut et à droite, le doigt introduit dans le rectum sentait un peu de résistance.

J'opérai, le 25 septembre, par la voie sous-péritonéale. Je décollai

donc la fosse iliaque, comme pour pratiquer la ligature de l'iliaque externe. Mais je continuai ma route au-delà des vaisseaux, et, au-dessous du détroit supérieur, je trouvai le péritoine pariétal épaissi, lardacé. Là, je l'effondrai et j'entrai dans une cavité fongueuse, contenant une quantité médiocre de pus fétide et mal lié. J'y plaçai deux gros drains sans chercher l'appendice. L'effet de ce nettoyage fut excellent.

Après une vive alerte, due à une hémorragie qui eut lieu par la plaie, la température redevint normale, la cicatrisation s'effectua sans encombre.

Le 9 novembre, la malade sortait de l'hôpital, et je l'ai revue plusieurs fois bien portante.

Obs. XXI (Personnelle), due à l'obligeance de Mme Dubois, surveillante à l'hôpital des Enfants-Malades).

Abcès appendiculaire ouvert spontanément dans l'intestin. Guérison.

H. P.. ., garçon de 6 ans. Bien portant jusque-là : une rougeole à 3 ans.

En *mars* 1905, un dimanche, au cours d'une promenade, est pris d'une douleur abdominale subite à droite, tellement violente qu'on est obligé de transporter l'enfant chez lui. En rentrant (4 heures soir), on le couche ; on lui donne un lavement qui ne produit aucun effet ; on applique des cataplasmes qui ne le calment pas. A 11 heures du soir, les douleurs abdominales devenant de plus en plus violentes, on va chercher le médecin de la famille qui fait appliquer de la glace sur le ventre. Un vomissement survient dans la nuit. L'enfant est constipé ; il a de la fièvre.

Le lendemain, on porte le diagnostic d'appendicite. Les douleurs abdominales persistent très violentes. La palpation est très douloureuse. Le toucher rectal aurait été pratiqué et n'aurait rien donné.

L'observation nous étant communiquée par un membre de la famille et non par le médecin, nous n'avons pas de renseignement précis sur les signes physiques.

Les douleurs abdominales persistent trois semaines, ainsi que la

constipation ; quatre à cinq vomissements pendant cette période. On continue le traitement médical.

Au bout de trois semaines, les douleurs abdominales augmentent brusquement d'intensité. Le lendemain se fait l'ouverture de l'abcès dans l'intestin : le petit malade rend dans ses selles à peu près la teneur d'un verre ordinaire de pus. Un soulagement immédiat suit cette évacuation : le malade s'asseoit sur son lit, ce qu'il n'avait jamais pu faire depuis sa maladie ; la douleur abdominale disparaît. On retrouve du pus dans les selles pendant trois jours. On se contente de faire quelques lavages d'intestin.

La guérison survient rapidement. Et depuis, l'enfant n'a jamais souffert.

IV. — ABCÈS PELVIENS OU ILIO-PELVIENS TRAITÉS PAR LE DRAINAGE RECTAL

1° Abcès uniquement pelviens traités par l'incision rectale.

Obs. XXII. — Barnsby, *Archives prov. de chirurgie*, 1905, XIV, p. 155.

Abcès pelvien. — Incision rectale. — Guérison.

A..., Emile, 28 ans. Première crise, en août 1898. Crise très violente, avec vomissements et violente réaction péritonéale.

Vu, pour la première fois, 18 jours après le début de la crise. volumineux abcès pelvien bombant dans le rectum. Incision rectale faite d'urgence à la campagne. Guérison, 15 jours après l'opération. Appendice non enlevé.

Obs. XXIII. — (Jaboulay et Rivière, *Lyon médical*, 1904, CII, 255-257).

Abcès appendiculaire pelvien ouvert par la voie rectale. — Incision rectale. — Légère hémorrhagie, le lendemain, nécessitant un tamponnement. — Guérison.

Jeune fille, 18 ans. L'affection a débuté, le 10 décembre, par une

douleur vive, brusque, dans la fosse iliaque droite, de la fièvre, des vomissements et de la constipation.

La malade est entrée, le 13 décembre, dans le service de M. Jaboulay. Elle n'a eu quelques vomissements que pendant les deux premiers jours de sa maladie. A son entrée, elle présentait un peu de ballonnement abdominal, une douleur et une réaction de défense très vive de la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque droite ; pas de vomissements ; temp., 39° 3 ; pouls à 100 ; langue saburrale. Traitement : glace et opium, diète lactée.

Le lendemain, le ventre est un peu plus ballonné, le pouls est à 112, la température à 39°. Le toucher rectal est douloureux et la paroi rectale droite est un peu tendue.

Le 16 *décembre*, le pouls est à 120, la température à 39°, et, au toucher rectal, on sent nettement bomber un abcès. L'abdomen est toujours tendu du côté droit, ballonné, mais assez souple à gauche. L'opération est pratiquée par M. Jaboulay. Sans anesthésie, après un lavage soigné du rectum, la malade est mise en position gynécologique, et une valve est introduite qui refoule la paroi rectale postérieure. On voit alors, à 8 centimètres environ de l'orifice anal, la paroi antérieure bomber nettement. Incision aux ciseaux de cette paroi ; M. Jaboulay effondre la poche et il sort environ un litre et demi de pus à odeur stercorale très fétide ; mise en place d'un tampon rectal. L'opération a duré à peine quelques minutes.

Les suites ont été simples. Pourtant, dans la nuit, la malade a évacué une selle avec quelques caillots de sang et, le lendemain soir, a eu une légère hémorrhagie qui s'est arrêtée immédiatement par un léger tamponnement. Mais, en trois jours, la température était à 37° et le pouls à 125. 15 jours après, la malade se lève et peut être considérée comme guérie.

Obs. XXIV (Résumée). — (Tixier et Gauthier, *Archives générales de médecine*, Paris, 1904).

Appendicite avec abcès pelvien. — Incision rectale. — Drainage. — Guérison.

R..., Pierre, 44 ans. Le 4 *janvier* 1904, brusquement, douleur

atroce et générale dans l'abdomen. Température, 39°. Météorisme, absence de selles et de gaz, vomissements légers. On pense à une occlusion intestinale, car il n'y a aucun signe d'appendicite.

Du 6 au 23 *janvier* : la température oscille autour de 38°, constipation opiniâtre ; évacuation des selles douloureuse, ténesme rectal, fausses envies. Douleur abdominale moins vive. Au toucher rectal, induration au-dessus de la prostate.

Le 24, le Dr Tixier diagnostique un abcès pelvien nécessitant une incision rapide.

Etat du malade : teint pâle, yeux excavés. Température, 38°. Ventre douloureux, météorisé surtout au-dessus du pubis. Tympanisme. Ténesme. Diarrhée glaireuse. Fréquence des mictions. Au toucher rectal, la prostate est abaissée ; au-dessus de la glande, on sent bomber la paroi antérieure du rectum. A droite, point plus mou, mais pas de fluctuation.

24 *janvier*. Anesthésie. Dilatation forcée du sphincter anal. Incision transversale, sur une largeur de trois travers de doigt, des tuniques rectales. Il s'écoule un verre de pus épais, d'odeur horriblement fétide. On reconnait une poche à parois épaissies, sans diverticules. Une anse intestinale passe en sautoir au-dessus d'elle. Gros drain en croix ressortant par l'anus ; mèches. Le soir : 37°.

27. — Nuit excellente. Etat général parfait.

28. — Lavage du rectum.

29. — Ablation du drain.

Le 13 *février*, le malade part guéri.

Obs. XXV. — (Chaput, *Bull. et Mém. soc. de Chir.*, Paris, 1904, XXX, n° 22).

Abcès pelvien. — Incision rectale. — Guérison.

Jeune homme, 16 ans. Dix jours après le début de son appendicite, il présentait un empâtement de la fosse iliaque perceptible par le toucher rectal.

Le 13 *mai* 1904, incision rectale. Guérison en huit jours.

Ablation à froid de l'appendice, le 31 *mai* suivant. Guérison.

Obs. XXVI. (Résumée). — (Baillet, *Annales médico-chirurgicales du centre*, Tours, III, 9).

Appendicite aiguë à forme pelvienne. —Formation d'abcès rectal. — Incision rectale. — Guérison.

Jeune garçon, 14 ans. Le 3 *juillet*, douleur brusque, spontanée dans le côté gauche, exagérée par la pression.

Les jours suivants, douleurs et coliques violentes, pas de vomissements. Température un peu supérieure à 38°. Pouls, 98. Ballonnement du ventre.

Le 12 : ventre très ballonné, uniformément sonore partout, douloureux seulement à droite, au-dessus de l'arcade de Fallope ; mais, à ce niveau, la palpation ne révèle rien d'anormal, un peu de submatité de la région vésicale. Facies amaigri, fatigué. Au toucher rectal, au bout du doigt, au-dessus de la valvule de Houston, à droite et un peu en avant, on sent la saillie fluctuante d'une collection suppurée.

Le 13. Saillie de l'abcès dans le rectum beaucoup plus nette.

Opération à six heures du soir : malade dans le décubitus dorsal, les jambes relevées. La dilatation de l'anus est faite ; le speculum ani est poussé jusqu'à la saillie de l'abcès qu'on voit nettement. Celui-ci est incisé aux ciseaux ; par l'ouverture ainsi faite, s'écoule environ un demi-litre d'un pus gangréneux horriblement fétide et contenant un gros calcul stercoral.

Lavage de la cavité à l'eau oxygénée au moyen d'une sonde à double courant, puis un gros drain est mis, qui sort par l'anus auquel il est fixé par un fil de soie.

Le soir, frisson, temp., 40°.

14. — L'enfant est bien, il a rendu quelques matières et des gaz en abondance ; le ventre est très dégonflé ; il a uriné beaucoup plus qu'un demi-litre en une fois, ce qui paraît indiquer qu'il existait de la rétention d'urine.

15. — L'enfant va abondamment à la selle et expulse son drain ; celui-ci n'est pas remis en place.

Les jours suivants, l'enfant continue à rendre du pus par l'anus.

La guérison s'obtient rapidement.

Obs. XXVII. — (Résumée). — (JABOULAY, in thèse DORMOY, Lyon, 1897).

Abcès pelvien appendiculaire. — Incision rectale. — Pas de drainage. — Guérison.

M., 35 ans, charbonnier. Entre, le 11 *décembre* 1896, dans le service de M. Jaboulay.

Il y a trois semaines, début d'une appendicite soignée médicalement.

A son entrée, les phénomènes appendiculaires ont diminué : le plastron abdominal a presque complètement disparu; à peine un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite; par le toucher rectal, on sent une collection fluctuante, située en avant du rectum et y adhérant. Ouverture de l'abcès sur la paroi antérieure du rectum, au moyen des ciseaux mousses, sur l'index comme guide; il s'écoule une forte verrée de pus chaud, crémeux, contenant des fongosités inflammatoires. Pas de drainage.

Le malade est immédiatement soulagé et quitte l'hôpital deux jours après l'intervention.

Pendant quelques jours, il rejette du pus par l'anus.

Le 24, crises douloureuses.

En février, guérison.

Obs. XXVIII. — (JABOULAY, in thèse OUIN, Lyon, 1898-1899).

Abcès pelvien appendiculaire. — Incision rectale. — Drainage. — Guérison.

B. J. 25 ans. Entre, le 2 *juillet* 1898, salle Saint-Louis. Début des accidents appendiculaires, le 27 juin.

A son entrée, facies péritonéal. Tympanisme généralisé ; on met de la glace sur le ventre.

Le 12, ventre dur, tendu ; au toucher rectal, collection fluctuante, bombant sur la paroi antérieure.

Le 15, collection très volumineuse. Incision de la paroi antérieure du rectum ; issue de 500 centimètres cubes de pus ; drainage.

Le 17, il sort encore un peu de pus avec les selles.

Le 28, ventre souple ; selles régulières, sans pus.

Le 30, guérison.

Obs. XXIX. — (Duchamp, *Loire médicale,* 1898, 15 décembre).

Abcès appendiculaire pelvien. — Incision rectale. — Drainage. — Guérison.

C. F., 13 ans. Entre, le 14 *septembre* 1898, à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne pour des accidents abdominaux, d'origine appendiculaire, datant de quinze jours.

A son entrée, on voit une tumeur remplissant l'hypogastre, faisant une forte saillie dans le rectum.

Ouverture par le rectum. Drainage. Le soir, la température tombe à 37° 5. Les drains sont expulsés quatre jours après. Vingt jours après l'intervention, guérison complète : ventre souple.

Obs. XXX. — (Delore, *Bull. médical*, 1901, p. 771)

Abcès pelvien appendiculaire saillant dans l'abdomen. — Ouverture rectale. — Guérison.

Homme de 18 ans. Entre, le 23 *juin* 1901, dans le service de M. Poncet.

Début, trois semaines avant, par une douleur violente dans la fosse iliaque droite avec vomissements, constipation. La température oscillait depuis deux jours entre 39° 8 et 38° 9.

A l'entrée, on constatait un aspect typhique, une langue saburrale. Sur la paroi abdominale, la défense musculaire était nettement accentuée au-dessous de l'ombilic ; on réussissait cependant à délimiter un plastron sus-pelvien, dépassant à gauche la ligne médiane et développé surtout en arrière du muscle grand droit du côté droit. Par le toucher rectal, on percevait dans le Douglas

un point douloureux, fluctuant. Ce toucher, combiné à la palpation abdominale, permettait de fixer les limites d'une collection qui s'étendait depuis le Douglas jusqu'à trois travers de doigt au-dessous et à droite de l'ombilic Depuis cinq jours, douleurs à la miction.

Le 24, incision rectale : il s'écoule deux verres de pus, épais, fétide, avec des gaz. Drainage.

Le lendemain, T. 37°. Soulagement manifeste; la tuméfaction avait disparu.

Le quatrième jour, ablation du drain.

Quatorze jours après l'opération, le 8 juillet, le malade quitte l'hôpital, entièrement guéri.

Obs. XXXI (Résumée). — (Thèse Magniez, Paris, 1902).

Appendicite pelvienne.— Incision rectale. — Nouvelle attaque.— Laparotomie.

Louis J..., 41 ans. Dans les derniers jours de 1900, pris subitement, au milieu de la nuit, d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. Vomissements. Pouls rapide. Facies grippé. Signes de localisation assez nette dans la fosse iliaque droite, mais bas situés. Traitement médical.

Dès le troisième jour, amélioration qui se maintient huit jours.

Vers le douzième jour, apparition de signes d'appendicite pelvienne, du côté du rectum et de la vessie. Au toucher rectal, on sent une collection déjà nettement formée et même pointant dans le rectum.

Mais, entre ces deux périodes, le malade avait changé de médecin, de sorte qu'il est envoyé à l'hôpital Necker avec le diagnostic d'abcès de la prostate.

M. Routier incise l'abcès par la voie rectale.

La guérison se maintient trois mois.

Le 25 *février* 1902, nouvelle et violente crise appendiculaire. Une collection se forme dans la fosse iliaque droite.

Opération à la maison Dubois par M. Guinard : incision classique;

il aperçoit un foyer bas situé ; deuxième incision, beaucoup plus bas ; un flot de pus se dégage. Drainage. Fistule stercorale qui dure quinze jours. Guérison.

L'appendice, non réséqué, a dû s'éliminer par la plaie et l'on croit en avoir, à différentes reprises, trouvé des débris dans le pansement.

Obs. XXXII (Résumée). — (Langemak). *Beitr. Zur. Klin. Chir.*, 1900, Bd. XXIX, p. 85, N° 2).

Homme, 15 ans. Du 22 juin au 4 juillet 1898, abcès pelvien un peu saillant à gauche.

Le 4 juillet, dilatation du sphincter anal, ponction et incision rectales. Drainage, tamponnement.

Guérison rapide.

Obs. XXXIII (Résumée). — Langemak, *loc. cit.*, N° 4).

M. J..., 5 ans Le 21 *mars* 1899, début d'un abcès pelvien appendiculaire.

Le 28, incision rectale. Hémorragie quatre heures après, tarie par le tamponnement.

Guérison, le 12 *avril*.

Obs. XXXIV. — (Stimson, *New-York Med. Journ.*, *1890*, *octobre*):

Abcès appendiculaire. — Incision rectale. — Drainage. — Guérison.

Dr. J. E., 30 ans. Le 10 *avril* 1890, douleur vive dans la fosse ilaque droite. C'était la sixième crise d'appendicite depuis trois ans : toutes avaient été traitées médicalement.

Le 12 *avril*, état mauvais.

Au toucher rectal, on sent au-dessus de la région prostatique une tumeur molle, dépressible, s'étendant d'un côté à l'autre du bassin.

Après dilatation de l'anus, incision sur la paroi antérieure du

rectum ; il s'échappe une grande quantité de pus. Drainage. Le drain est expulsé spontanément trois jours après.

Le 18 *avril*, le malade retourne chez lui.

Obs. XXXV. — (Goerster, *New-York Med. Journal*, 1890, *juillet*).

Abcès pelvien appendiculaire. — Incision rectale. — Drainage. — Guérison.

A..., 18 ans. Entre, le 10 novembre 1887, avec des signes de péritonite d'origine appendiculaire : tympanisme généralisé ; douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 13 novembre, le toucher rectal fait sentir une collection bombant sur la face antérieure du rectum. Une incision évacua une grande quantité de pus Drainage avec un tube de caoutchouc. Le drain n'est pas bien supporté ; on le retire.

Guérison le 27 novembre.

2° Abcès ilio-pelviens bombant par le rectum, traités par l'incision rectale.

Obs. XXXVI (Résumée). — (Tixier et Gauthier, *Archives générales de médecine*, Paris, 1904).

Abcès appendiculaire ilio-pelvien. — Drainage rectal exclusif. — Guérison.

B..., Louis, 17 ans. Crise d'appendicite, il y a un an. Seconde crise, le 20 août : les signes prédominent dans la cavité pelvienne. Au toucher rectal, on sent une masse qui remplit la moitié droite de l'excavation pelvienne et une partie de la moitié gauche ; sa consistance est très dure. Presque rien du côté de la fosse iliaque : on sent une bosselure profonde à la partie inférieure et interne de la région.

Opération (Dr Gauthier suppléant le Dr Tixier). — Position périnéale inversée. Dilatation de l'anus avec les doigts. Valve antérieure sur le rectum. Dépression de la paroi postérieure de celui-ci avec

les doigts de la main gauche. L'œil aperçoit facilement la voussure formée par l'abcès. Le doigt repère la prostate refoulée en bas et en avant vers la symphise pubienne. Au-dessus d'elle, à 5 centimètres environ sur la ligne médiane, le rectum est incisé verticalement aux ciseaux, sur une étendue de 5 à 6 centimètres. Une fois le rectum incisé, on tombe sur une coque dure que les ciseaux entament avec peine. On traverse 2 centimètres de coque et on arrive ainsi sur le liquide. Il s'échappe environ un grand verre de pus fétide. Le doigt cherche l'appendice et ne le trouve pas ; cette recherche a été discrète ; on n'insiste pas.

Un drain debout est mis dans l'incision de l'abcès : il est repéré par un long fil de soie qui pend à l'anus.

Pas de lavage. Pas de lavements, les premiers jours. Pas d'opium. Alimentation faible.

Dès le lendemain, le malade urine facilement et se déclare bien soulagé.

L'abcès se vide bien par l'anus ce jour-là et les suivants. Pas d'hémorrhagie.

Le 2 *août*, première selle qui entraine le drain. On place alors un drain en croix. On constate que l'abcès a diminué d'un bon tiers. Un lavement journalier, sous faible pression, est ordonné. La température est tombée à la normale en deux jours.

Le 9 *août*, l'état général étant excellent, les sécrétions de l'abcès étant d'ailleurs faibles, on autorise le malade à se lever. Il gardera son drain encore quelques jours.

Le 17 *septembre*, la sécrétion de l'abcès étant presque tarie, le drain est enlevé.

Le 18 *août*, le malade part en excellent état.

Obs. XXXVII. — (Chaput, *Bull. et mém. soc. de chir.*, Paris 1904, XXX, n° 22).

Grosse induration abdominale étendue du pubis à l'ombilic. — Incision rectale. — Guérison.

Jeune homme, 15 ans. Grosse induration abdominale, étendue du

pubis à l'ombilic et sonore à la percussion, ce qui est dû, soit à la présence de gaz dans le foyer, soit à l'interposition des intestins.

Dans cette hypothèse, l'intervention par l'abdomen peut être grave ; aussi M. Chaput se décide à l'incision rectale ; la guérison a lieu en huit jours.

Obs. XXXVIII. — (Jaboulay, in thèse Ouin, 1898-1899).

Abcès appendiculaire avec diverticule iliaque droit. — Ouverture rectale. — Drainage. — Guérison.

C. M .., 19 ans. Début, le 28 *septembre* 1897, par des signes vagues.

Le *24*, il entre à l'hôpital ; on constate un météorisme généralisé, avec une légère submatité à droite. Etat presque comateux. Dyspnée.

Laparotomie rectale : issue de pus très fétide. Drainage. L'état général devient bien meilleur. Les phénomènes péritonéaux s'atténuent.

Le *26*, le ventre étant moins ballonné, on perçoit mieux la localisation à droite.

Sous anesthésie légère, laparotomie iliaque ; on trouve l'appendice gangrené avec un calcul stercoral prêt à tomber dans le péritoine ; une fistule stercorale suit cette opération, mais elle se ferme rapidement et le malade est guéri bientôt.

Obs. XXXIX (Résumée). — (Richardson, *Boston med. and surg. Journal*, mars 1892).

J. B.. , 26 ans. Début, le 10 décembre 1891, d'un abcès pelvien avec diverticule iliaque bilatéral.

L'état général est si mauvais qu'on pratique l'ouverture rectale, le 23 *décembre*. Mise en place d'une canule à demeure.

Guérison.

Obs. XL. — (Richardson, *Boston Med. and surg. Journal*, mars 1892).

H. S. P..., 30 ans. Début, le 18 *novembre* 1891, d'un abcès pelvien avec diverticule iliaque droit.

Ouverture de l'abcès par le rectum. Guérison en trois semaines ; elle a persisté depuis (17 mars 1892).

Obs. XLI. — (Langemak, *loc. cit.*, n° 3).

Homme de 19 ans,

Le 2 *janvier* 1899, début d'un abcès pelvien avec diverticule iliaque.

Le 14 *janvier*, incision rectale, après ponction. Drainage.

Guérison, le 2 *février*.

Obs. XLII (Résumée). — (Langemak, *loc. cit.*, n° 6).

M. E..., 14 ans. Abcès appendiculaire pelvien avec diverticule bilatéral.

Le 31 *décembre* 1899, incision rectale, après ponction. Drainage.

Le 17 *janvier*, incision iliaque nécessaire pour un abcès de la fosse iliaque gauche.

Guérison.

Obs. XLIII (Résumée). — (Langemak, *loc. cit.*, n° 7).

E. D., 17 ans et demi. Abcès appendiculaire pelvien avec diverticule iliaque.

Le 10 *juin* 1895, incision rectale. Drainage. Guérison.

Obs. XLIV (Résumée). — (Peterson, *Amer. gyn. and obst. Journal*, 1900, n° 1, p. 240).

Homme, 26 ans. Abcès appendiculaire pelvien avec diverticule iliaque droit.

Incision rectale. Pas de drainage. Guérison.

3° Incision rectale secondaire de collections pelviennes, après incision iliaque préalable.

Obs. XLV. — (Tixier et Gauthier, *Archives générales de médecine*, Paris, 1904).

M. L . , 18 ans. Appendicite avec grosse collection iliaque, opérée le 29 juin 1904. Large incision iliaque. Ecoulement d'un litre de pus très fétide. Large drainage.

Pendant quelques jours, suites excellentes. Puis, les douleurs et la température réapparaissent.

Le 17 *juillet*, ouverture d'une collection pelvienne par la voie rectale. Drainage.

Guérison rapide.

Obs. XLVI. — (Chaput, *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1904, XXX, n° 22).

Tuméfaction hypogastrique à prolongement pelvien, malgré une opération antérieure. – Incision rectale. Guérison.

Homme, 25 ans. Opéré, le 16 décembre 1903, d'appendicite : avait eu, la nuit suivante, deux hémorrhagies graves ayant nécessité la désunion et le tamponnement. Depuis lors, la température était restée élevée M. Chaput constatait, en prenant le service de son collègue, la présence d'une tuméfaction hypogastrique à prolongement pelvien.

Le 30 *décembre* 1903, incision rectale. Guérison en huit jours.

Obs. XLVII. — (Baillet, *Annales médico-chirurgicales du centre*, Tours, III, 9).

Abcès pelvien, malgré une incision iliaque antérieure. — Incision rectale. — Guérison.

Abcès appendiculaire évacué par la voie iliaque.

Suppuration tarie. La fièvre réapparut, ce qui fit croire à une fermeture trop rapide de la plaie. M. Baillet rouvre celle-ci, mais,

aussi loin qu'il introduit son doigt, il ne peut pas découvrir de collection. Au contraire, le toucher rectal lui en montra une, en avant du rectum ; celle-ci fut incisée par le rectum, trois semaines après qu'avait été faite l'incision iliaque ; dès lors, la guérison vint rapidement.

Obs. XLVIII. — (Patel, *Lyon Médical*, 1903, c. 428).

Abcès iliaque antérieur, d'origine appendiculaire ; incision, drainage ; appendice gangrené. - Huit jours après, formation d'une collection pelvienne. — Incision rectale. — Pas de drainage. — Guérison.

Jeune homme, 20 ans, entré dans le service de M. Jaboulay, le 16 décembre 1902, pour une appendicite suppurée dont le début remontait à trois jours.

Histoire clinique classique : on constatait un énorme empâtement dans la fosse iliaque.

Une incision, pratiquée à ce niveau, permit d'évacuer un volumineux abcès appendiculaire antérieur, au milieu duquel on trouve l'appendice gangrené. Aucun diverticule ne conduisait dans la direction du petit bassin.

Les jours suivants, la température baissa. Mais, vers la fin du mois de décembre, les phénomènes généraux réapparurent : le malade se plaignit de souffrir de nouveau, la température s'éleva. Le toucher rectal, pratiqué dès que la situation commença à s'aggraver, démontra l'existence d'un point douloureux dans le cul-de-sac péritonéal. Peu à peu, la douleur augmenta, la tension du cul-de-sac péritonéal s'accrut, une collection fluctuante vint bomber dans le rectum, au-dessus de la prostate.

Le 2 janvier 1903, M. Jaboulay incisa la paroi antérieure du rectum sur la ligne médiane, au niveau du point saillant de la collection. Il s'écoula environ un demi-litre de pus ; aucun drainage ne fut établi.

Le soir de l'opération, hémorrhagie rectale, peu grave, nécessitant un tamponnement.

Dès le lendemain, la température baisse, l'état général se relève ; il n'y a pas eu de nouvel écoulement de pus par le rectum.

Le malade est sorti huit jours après de l'hôpital, complètement guéri.

Obs. XLIX. — (Bérard, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris, 1903, VII, 869-910).

Appendicite perforante. — Laparotomie iliaque : résection de l'appendice. — Incision rectale, drainage, dix jours après, pour abcès pelvien. — Guérison.

Jeune garçon de 17 ans, maçon, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 17 septembre 1901, pour une crise d'appendicite aiguë datant de quatre jours.

Brusquement, en pleine santé, il avait ressenti de violentes douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, et, pendant trois jours, avait souffert sans rémission et pourtant sans nausées, ni vomissements.

A l'examen, M. Bérard trouva un plastron empâté et douloureux dans la fosse iliaque droite, sans symptômes de péritonite diffuse. Température, 38° 7 ; pouls à 120. Rien au toucher rectal. Le facies était bon. Il crut pouvoir temporiser.

Dans l'après-midi du même jour, ascension du thermomètre à 39° 7, accélération du pouls à 140, douleurs irradiées à tout l'abdomen, facies altéré, ballonnement diffus.

Laparotomie iliaque : à l'incision du péritoine pariétal très épaissi, il s'écoule quelques gouttes de sérosité purulente ; puis apparaît le cœcum, congestionné, tapissé d'exsudats fibrineux ; et, en arrière de lui, l'appendice du volume du petit doigt, qui vient de s'ulcérer près de sa base et qui a encore un calcul stercoral engagé dans l'orifice de la perforation. Cet appendice baigne dans un liquide séro-purulent, fétide, sans adhérences protectrices du grand péritoine. Les anses intestinales visibles sont livides et dépolies. Après la résection de l'appendice, large drainage à la gaze, sans sutures de la paroi.

Dès le lendemain, les phénomènes les plus inquiétants rétrocèdent, bien que la température se maintienne entre 38° et 38° 6 pendant trois jours. On continue les injections et les lavements de sérum, qui ne provoquent aucune selle. Au bout de six jours, l'abdomen se ballonne à nouveau, le thermomètre remonte à 38° 8, la langue devient sèche, la peau terreuse.

Le malade accuse des douleurs de plus en plus vives dans le bassin, avec des épreintes rectales. Le toucher révèle alors dans le cul-de-sac de Douglas une grande collection bombant fortement, qui est incisée par le rectum, dix jours après la première opération.

L'incision, faite aux ciseaux, après dilatation moyenne de l'anus, donne écoulement à un litre environ de pus très fétide. Pas d'hémorrhagie notable. Un gros drain est introduit par le rectum dans la cavité de l'abcès pelvien ; en arrière de ce drain, la paroi rectale antéro-latérale est abaissée jusqu'à l'anus, où on la suture. Cette suture cède au septième jour, sauf un point, que l'on enlève alors. Le drain rectal est retiré au bout d'un mois.

Le 31 *octobre*, le malade quitte l'hôpital. Il est guéri depuis.

Obs. L. — (Jaboulay, in thèse Ouin, 1898-1899).

Abcès iliaque primitif ; laparotomie iliaque ; abcès pelvien secondaire ; incision rectale. — Drainage. — Guérison.

M..., 24 ans, entre salle Saint-Louis, le 5 mai, après 8 jours de douleurs abdominales. On croit à un étranglement herniaire, car à l'orifice du canal inguinal droit, on constate une tuméfaction dure, douloureuse. Cependant, en raison de la date éloignée des accidents, M. Jaboulay pose le diagnostic d'appendicite avec hernie symptomatique du météorisme de l'abdomen.

Laparotomie iliaque ; évacuation d'une poche purulente ; l'appendice n'est pas cherché.

L'état général, d'abord amélioré, redevient mauvais.

Le 12 *mai*, état général grave. Au toucher rectal, on sent une grosse collection, bombant au-dessus de la prostate et à droite du rectum.

Incision de la paroi antérieure du rectum ; il s'écoule une quantité considérable de pus, Drainage.

Le 15, ablation du drain.

Le 2 *juin*, état très bon ; aucun écoulement par le rectum.

Obs. LI. — (Aboulay, in Molin, *Soc. des sc. médic. de Lyon*, 18 mai 1898).

Abcès iliaque primitif. — Incision rectale. — Drainage. — Guérison.

Jeune fille, 20 ans, atteinte d'appendicite suppurée.

Malgré l'incision iliaque, les douleurs continuent ; le toucher rectal permet de sentir une vaste collection dans le Douglas. Incision sur la paroi antérieure du rectum : un litre de pus s'écoule. Drainage.

Guérison complète, quinze jours après.

Obs. LII. — (Chaput, *Bull. et mém. Soc. de chir.*, Paris, 1904, XXX, n° 22).

Abcès ilio-pelvien persistant malgré une évacuation spontanée par le vagin. — Incision iliaque d'abord pratiquée, puis abandonnée pour l'incision rectale. — Guérison.

Jeune fille, 16 ans, vierge.

Présente, au cours d'une appendicite aiguë, un gros empâtement situé dans le côté droit de l'abdomen, proéminant dans le bassin et accessible au toucher rectal.

Au bout d'une quinzaine de jours, une évacuation spontanée se fait par le vagin, mais l'écoulement s'arrête bientôt et la tuméfaction augmente.

Le 26 *mai* 1902, incision iliaque par M. Chaput : il tombe sur un tel paquet d'anses adhérentes à la paroi qu'il s'arrête et prend le parti d'inciser le rectum par les voies naturelles. Il fait un petit orifice à la paroi rectale antérieure avec la pince-trocart ; il s'écoule une grande quantité de pus très fétide. Aucun pansement ; l'orifice est dilaté chaque jour avec le doigt. Guérison en huit jours.

Obs. LIII. — (Broca, *Leçons de clinique infantile*, 1902).

Abcès appendiculaire. — Incision iliaque abandonnée pour le drainage rectal. — Guérison.

Fillette de 9 ans, atteinte d'appendicite aiguë.

Entre à l'hôpital Trousseau, le 10 mars 1901.

Début, 7 jours avant, d'une appendicite, traitée médicalement.

A l'entrée à l'hôpital, faciès assez fortement creusé, ventre ballonné, pouls petit, à 100 ; l'enfant répondait bien aux questions, la voix n'était pas cassée, il n'y avait pas de vomissements. L'inspection, la palpation, la percussion révélaient très nettement une masse volumineuse, à peu près médiane, remontant à mi-chemin entre l'ombilic et la symphise et empiétant vers la fosse iliaque droite.

C'est dans cet état que je trouvai la fillette, le 11 mars au matin. Le pouls ne battait qu'à 100 ; température à 37°, mais le faciès était fortement péritonéal.

Laparotomie iliaque : je ne trouvai pas de trace de péritonite généralisée. Dans la séreuse péritonéale bombait, derrière la vessie, un dôme auquel adhéraient des anses intestinales, mais qui, nulle part, ne venait au contact de la paroi abdominale antérieure : à droite, à gauche, en avant, le doigt, promené doucement, en fit le tour sans rien rompre.

Il y avait donc, de toute évidence, un gros abcès pelvien qu'au toucher rectal mon interne, M. Jouan, sentait bomber fortement sous la paroi antérieure du rectum et qui, d'autre part, avait causé une rétention d'urine ayant exigé le cathétérisme avant l'opération.

Je renonçai à ouvrir cet abcès par l'incision iliaque et, séance tenante, je suturai sans drainage l'incision abdominale, je mis l'enfant en travers du lit, en position du spéculum, le bassin élevé sur un coussin, j'introduisis une valve contre la paroi rectale postérieure et j'incisai le rectum sur la ligne médiane de la paroi antérieure, là où bombait la collection. Après incision du rectum, j'allai à la découverte avec la sonde cannelée, j'effondrai un point un peu dépressible et je vis sortir au moins 100 grammes de pus

mal lié, horriblement fétide. Je me bornai à laver la poche avec une canule assez mince, sans y mettre de drain.

Le soir, pouls à 100. Température à 37°2.

Le 12, au matin, l'enfant était calme, le ventre n'était plus ballonné, le pouls battait à 80, mais il ne coulait pas de pus par le rectum.

En sorte que le 13, après installation de deux valves, l'orifice rectal fut dilaté avec une pince et drainé avec un drain debout, après issue de 80 grammes de pus.

Le 15 mars, il sortit encore un peu de pus et le drain tomba.

La température oscilla jusqu'au 18 mars entre 37°5 et 37°8. A partir du 18 mars, elle fut vers 37° le matin, vers 37°5 le soir, à partir du 25, à 37° matin et soir.

Depuis le 18 *mars*, la plaie rectale paraît cicatrisée, il ne s'écoule plus de pus par le rectum et, aujourd'hui 30 mars, la plaie abdominale était réunie par première intention parfaite. L'enfant paraît guérie, avec un ventre souple et indolent, avec des selles normales, quotidiennes depuis le 24 mars.

4° Abcès pelviens ou ilio-pelviens traités par le drainage abdomino-rectal.

Obs LIV. – (Pauchet, *Association française de chirurgie,* Paris, 1904, XVII, 553-566).

Abcès iliaque et pelvien indépendants. — Drainage abdomino-rectal. — Guérison.

En *août* 1902, entre à l'Hôtel-Dieu une jeune fille de 18 ans, porteuse d'une appendicite au 12e jour. Le ventre est un peu tendu; le palper est douloureux, surtout au-dessus du pubis. Le toucher rectal fait sentir une masse très nette. Température, 38°5 à 39°.

Incision iliaque droite. Evacuation d'un pus crémeux, épais, en faible quantité. En décollant des anses adhérentes, je vois apparaître brusquement un flot de pus séreux, fétide ; je fais une contre-ouverture rectale ; le drainage reste 8 jours. La malade sort guérie au bout d'un mois.

Obs. LV. — (Pauchet, *Association française de chirurgie*, Paris, 1904, XVII, 553-566).

Appendicite pelvienne ; abcès uniquement pelvien. — Drainage abdomino-rectal. — Guérison.

Le jeune R..., dix-huit ans, électricien, est atteint, depuis 5 jours, de vomissements ; météorisme, arrêt des gaz. Pouls à 110. Les phénomènes se localisent. Je le vois avec le Dr Valicourt, douze jours après le début des accidents. Je sens nettement une collection pelvienne ; le palper abdominal est négatif. Douleurs vésicales, érection.

Incision iliaque droite. Je tombe en plein péritoine, je le protège ; à l'aide d'un clamp courbe, je fais une ouverture rectale et je place un drain ilio-rectal. Le tube reste en place pendant quinze jours. La suppuration continue pendant trois semaines par la plaie supérieure. Le Dr Bronner extrait, par un lavage, un beau calcul fécal. La suppuration est tarie.

Obs. LVI. — (Pauchet, *Association française de chirurgie*, Paris, 1904, XVII, 553-566).

Abcès ilio-pelvien occupant les deux fosses iliaques et le bassin. — Drainage abdomino-rectal. — Guérison.

Le jeune S.. , onze ans, ayant eu une première crise d'appendicite, il y a six ans, est pris d'une nouvelle crise, depuis trois semaines. Je le trouve dans un état lamentable. Teint jaune, émacié, ventre tendu, non douloureux ; le toucher rectal révèle une masse énorme bombant vers l'intestin.

Incision iliaque droite. Un flot de pus apparait ; le foyer se continue vers le rectum et vers la fosse iliaque gauche ; je place un gros drain abdomino-rectal à droite ; je fais une contre-ouverture à gauche et mets de ce côté un tube de dix centimètres.

Lavages oxygénés pendant trois semaines ; la cicatrisation est complète au bout de deux mois.

Obs. LVII. — (Pauchet, *Association française de chirurgie*, Paris, 1904, XVII, 553-566).

Appendicite aiguë. — Gros foyer pelvien. — Rupture spontanée dans le péritoine. — Septicémie. — Drainage abdomino-rectal. Mort.

L. B..., fillette de neuf ans. Prise brusquement, le matin, de vomissements alimentaires, puis bilieux et de céphalée. Le Dr Provins (de Roisel) voit l'enfant : ventre mou, douloureux, langue sale, urines rares. Il prescrit un vomitif, de l'huile de ricin ; diète hydrique.

Le lendemain, amélioration, lavages d'intestin. Le quatrième jour, à minuit, apparition brusque de douleurs abdominales survenant par crises comme dans l'occlusion. L'enfant accuse une barre transversale entre les deux fosses iliaques. Pas de point de Mac-Burney. Le facies s'altère et prend l'aspect péritonéal. Pas de défense musculaire du ventre. Le Dr Provins fait le diagnostic de l'appendicite, mais, ne pouvant localiser l'affection, me fait venir. Je vois l'enfant en très mauvais état, facies péritonéal, vomissements noirs, pouls misérable, ventre ballonné sans localisation ; le toucher rectal fait sentir un énorme abcès bombant en avant.

Laparotomie iliaque droite ; on se rend compte admirablement qu'il s'agissait d'un abcès pelvien enkysté, lequel s'est ouvert dans le péritoine. On voit le point où les adhérences se sont rompues, et on suit la fusée purulente le long du bord droit du cœcum et jusque sous le foie. Le pus abdominal est épongé, le péritoine protégé, l'abcès pelvien vidé par en haut. La perforation rectale est faite avec un clamp suivant notre procédé ; un long drain est placé entre la plaie iliaque et l'anus. Un flot de pus sort par l'extrémité inférieure du tube. Un second drain est dirigé sous le foie.

Les vomissements cessent après l'opération. Le pouls reste petit, filiforme, à 130.

Opérée à deux heures du soir, l'enfant est revue par le Dr Provins à huit heures. Injection de sérum, pas de caféine ; pouls à 110 ; l'en-

fant cause facilement. A minuit, on vient chercher le médecin et on lui apporte les deux drains arrachés par l'enfant. Celui-ci mourut dans la nuit.

Obs. LVIII. — (Langemak, *Loc. cit.*, n° 1).

Abcès appendiculaire iliaque opéré deux fois. — Abcès pelvien secondaire. — Drainage abdomino-rectal. — Guérison.

Homme de 32 ans, 1897. Abcès dépassant le ligament de Fallope ; tumeur douloureuse ; pas de fluctuation. Au toucher rectal : infiltration molle, entourant le rectum et bombant contre lui.

Le 11 *mars* 1897 : incision au-dessus de l'arcade de Fallope ; on ouvre un gros abcès. La température se maintient après l'intervention.

Le 21, la température s'élève. On perçoit une nouvelle tuméfaction. Nouvelle opération : on ouvre une cavité renfermant un litre de pus.

Le 31, l'évolution semblait devoir être bonne. La température monte. A gauche, on sent une tuméfaction plongeant dans le pelvis. Le malade s'en va, le 19 *avril*.

Il revient, le 10 *novembre* 1897 : du côté droit, la plaie est cicatrisée ; du côté gauche, elle est incomplètement fermée. On passe une sonde par la plaie abdominale et on se dirige vers le rectum ; le doigt introduit par le rectum sent la sonde

Le 11, une sonde arrive sur la paroi antérieure du rectum qui est incisée au bistouri : on établit un drainage abdomino-rectal.

Le malade est constipé ; le drain est raccourci progressivement.

Le malade sort guéri, en *janvier* 1898.

En 1900, il était en bon état.

CONCLUSIONS

1° Les collections enkystées d'origine appendiculaire, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, présentent une certaine tendance à s'ouvrir dans l'intestin.

2° Cette ouverture se fait de préférence en deux points : soit dans le cœcum, quand il s'agit d'un abcès rétro-cœcal, soit, le plus souvent, dans le rectum, pour les abcès pelviens.

3° Cette ouverture est un incident plutôt favorable. Un grand nombre de cas observés se sont terminés par la guérison.

4° On peut, chirurgicalement, imiter ce processus d'évacuation spontanée et ouvrir par le rectum les collections pelviennes d'origine appendiculaire.

5° L'incision rectale convient aux abcès à siège uniquement pelvien : c'est une opération simple, qui réalise un drainage au point déclive et donne d'excellents résultats. Elle est surtout applicable à l'homme ; chez la femme, on lui préfère la voie vaginale.

6° Les abcès ilio-pelviens seront abordés par la voie abdominale. Exceptionnellement, en présence d'un diverticule plongeant très loin dans le petit bassin, il pourra être indiqué de pratiquer une contre-ouverture rectale.

Le Président de la Thèse,
SEGOND.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Baillet. *Annales méd. chir. du Centre.* Tours, III, 9.

Barnsby. *Arch. prov. de Chir.*, 1905, XIV, p. 155.

Benoit (P.). *Contribution à l'étude des appendicites.* Thèse de Paris, 1891.

Bérard et **Patel**. Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire en particulier par l'incision rectale. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903, VII, 869-910.

Berger. *Bulletin et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1892, XVIII, 233.

Breynaert. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1904, XXX, 24.

Broca (Aug.). *L'appendicite* (Les actualités médicales). Paris, 1900.

— Abcès pelviens de l'appendicite. *Bull. méd.*, 29 juin 1901, p. 589.

— *Revue gén. de clin. et de thérap.* Paris, 1905, XIX, 49.

Brun et **Veau**. Appendicite, in *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby, t. V, p. 411.

Chaput. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1904, XXX, n° 22.

Chevalier. *De l'appendicite pelvienne.* Thèse de Paris, 1899-1900.

Delore. *Bull. méd.*, 1901, p. 771.

Dormoy. *De l'appendicite à forme pelvienne.* Thèse de Lyon, 1896-97.

Duchamp. *Loire méd.*, 15 décembre 1898.

Esnault. *Contribution à l'étude de l'appendicite (particulièrement à siège pelvien).* Thèse de Paris, 1897-1898.

Goerster. *New York med. Journal*, juillet 1890.

Jaboulay et **Rivière**. *Lyon médical*, 1904, CII, 255-57.

Jalaguier (A.). Appendicite, in *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 600.

Langemak. Ueber die rectale Exploration und Incision perityphlitischer Exsudate. *Beitrage z. klin. Chir.*, 1900, n° 1, Bd XXIX, p. 85.

Legueu (F.). *L'appendicite* (L'œuvre médico-chirurgicale). Paris, 1897, n° 1.

Madranges. *De la résection systématique de l'appendice dans les collections suppurées d'origine appendiculaire.* Thèse de Lyon, 1903.

Magniez. *Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de l'appendicite pelvienne.* Thèse de Paris, 1902.

Monod (Ch.). et **Vanverts (J.)**. *L'appendicite* (Encyclopédie des aide-mémoire). Paris.

Molin. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 18 mai 1898.

Ouin. *Du drainage des collections péritonéales par voie rectale.* Thèse de Lyon, 1898-99.

Patel. *Lyon médical*, 1903, C, 428.

Pauchet. *Associat. franç. de chir.* Paris, 1904, XVII, 553.

— De l'appendicite pelvienne. *Bull. méd.*, 1904, n° 16, p. 179.

Péraire. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mai 1897.

Peterson. *Americ. gynec. and obst. Journal*, 1900, n° 1, p. 240.

Piard. *Des suppurations à distance dans l'appendicite.* Thèse de Paris, 1896.

Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1892.

Richardson. *Boston med. and Surg. Journal*, mars 1892.

Rotter. Zur Pathologie und Therapie der Douglas abscesse bei Perityphlitis, *Deutsche med. Woch.*, 1900, n° 39.

Stimson. *New York med. Journal*, oct. 1890.

Talamon (Ch.). *Appendicite et Périty phlite* (Bibliothèque Charcot-Debove). Paris, 1892.

Tixier et **Gauthier**. *Arch. génér. de médecine.* Paris, 1904.

Tuffier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1896, XXII, 781.

Villaret. *Des abcès appendiculaires ouverts dans l'intestin.* Thèse de Lyon, 1898.

Villemin. *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1906, XXXII, 30 et 38.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

INTRODUCTION 7

CHAPITRE Ier. — **De l'ouverture spontanée des abcès appendiculaires dans l'intestin** 9

Anatomie pathologique 9
Etiologie. Symptomatologie 19
Pronostic. Complications 26
Diagnostic 28

CHAPITRE II. — **De l'ouverture provoquée des abcès appendiculaires dans l'intestin** 30

Historique 30
Indications opératoires 31
Manuel opératoire 31
Objections adressées à la méthode rectale 34
Avantages de la méthode rectale 35

CHAPITRE III. — **Conduite à tenir en présence des abcès appendiculaires évacués par l'intestin. Valeur de l'incision rectale** 37

OBSERVATIONS 43

1° Abcès appendiculaires ouverts spontanément dans le cœcum 43
2° Abcès ouverts spontanément dans le rectum 50
3° Abcès ouverts en un point indéterminé de l'intestin 58
4° Abcès pelviens ou ilio-pelviens traités par le drainage rectal 61

CONCLUSIONS 83

BIBLIOGRAPHIE 85

Saint-Brieuc. — Imprimerie Francisque GUYON (388-2-6).